Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007

Présenté au conseil d'administration de
l'Agence de développement de réseaux locaux de services de
santé et de services sociaux de la Capitale nationale

par

Le comité consultatif en santé des femmes

19 février 2004

106-05131/

Édition produite par :
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :

Centre de documentation
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250
Courrier électronique : cecile.ugeux@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss03.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN : 2-921332-93-0

Recherche et rédaction :	Tardif, Josette
Traitement de texte :	Bureau, Jacqueline Lapointe, Linda Turcotte, Chantal
Relecture :	Plante, Jocelyne

Mot du président-directeur général

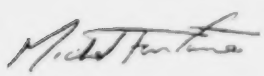
L'élaboration et la mise en œuvre d'un *Plan d'action en santé des femmes* représentent un défi de taille pour l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Agence) étant donné le nombre de sujets qui pourraient y être inclus et l'enjeu majeur que constitue la prise en compte des particularités de la condition des femmes dans l'organisation des services.

Le comité consultatif constitué par l'Agence a proposé un certain nombre de priorités qui méritent une attention particulière de la part du réseau d'établissements publics et des partenaires qui sont en soutien aux femmes. Ces choix n'ont pas un objectif réductionniste mais visent plutôt à mobiliser les différents acteurs et actrices autour de cibles qui font consensus auprès des instances consultées.

La mise en œuvre de ce plan d'action pourra commander l'allocation de ressources nouvelles à l'intérieur des différents grands programmes (santé mentale, santé physique, santé publique, etc.) qui balisent nos interventions. Cependant, elle commandera assurément une adaptation de l'offre de service des différentes organisations à la réalité particulière des femmes. C'est donc d'abord et avant tout à un défi d'adaptation de l'offre de service que sont conviés les divers partenaires du domaine de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, le *Plan d'action en santé des femmes* prévoit la mise en place d'un mécanisme de suivi qui disposera d'un certain niveau de ressources pour aller plus loin dans l'intervention, que ce soit par une amélioration de la connaissance des problématiques ou l'expérimentation d'approches novatrices en matière de prévention des problèmes de santé et de bien-être. Le comité de suivi devient donc le moyen privilégié pour appuyer l'Agence comme instance de planification et de programmation des services.

La réalisation de ce plan d'action a nécessité la mobilisation de plusieurs partenaires de la région. Nous désirons témoigner notre appréciation à tous ceux et celles qui ont contribué aux présents travaux. Un merci particulier est adressé aux membres du comité consultatif qui ont investi des efforts considérables pour éclairer l'Agence sur les actions à prioriser. Il revient maintenant à tous de s'approprier cette stratégie et de contribuer activement à sa mise en œuvre.



Michel Fontaine
Président-directeur général

Avant-propos

De l'époque des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux à celle des Régies régionales, des femmes en provenance des groupes de femmes se sont impliquées pour interpeller ces structures et les sensibiliser à l'importance d'un regard spécifique sur la santé des femmes. En ce sens, ce plan d'action représente donc un événement historique majeur, d'autant plus qu'il est le premier du genre au Québec, pour l'amélioration de la santé des femmes de notre région. Il est le résultat des échanges et discussions entre le Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Portneuf-Québec-Charlevoix) et la Régie régionale de Québec maintenant l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et services sociaux (Agence).

Suite aux demandes du Regroupement des groupes de femmes et afin d'actualiser son plan de consolidation des services 1999-2002, la Régie régionale réalise en 2000, un état de situation sur la santé des femmes de la région 03. En 2001, elle mène plusieurs consultations auprès des groupes de femmes, des organismes communautaires et des personnes-clés du réseau de la santé et des services sociaux sur les priorités à intégrer au plan d'action en santé des femmes. À l'automne 2002, elle met sur pied le comité consultatif en santé des femmes qui est composé de représentantes des groupes de femmes, du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu universitaire et du conseil du statut de la femme. Ce comité a comme mandat principal la production du plan d'action régional en santé des femmes. En 2004, l'Agence adopte son premier plan d'action en santé des femmes.

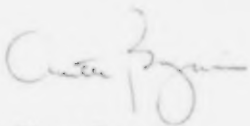
Ce plan tente, sans prétention, de préciser les volets de la santé des femmes qui demande une plus grande vigilance au cours des prochaines années. La santé des femmes étant une dimension qui traverse l'ensemble des expériences de santé, le comité consultatif a fait des choix tout en étant conscient de l'importance des expériences non retenues. Pensons par exemple à l'excellent travail accompli dans la lutte au cancer du sein.

Sans contredit, ce plan n'existerait pas sans la ténacité de ces femmes et groupes de femmes qui n'ont jamais abandonné. Nous souhaitons les remercier chacune personnellement.

Il va sans dire également que ce plan n'aurait pu être possible sans l'appui des personnes suivantes que nous tenons à remercier chaleureusement : M. Michel Fontaine, président-directeur général de l'Agence, M. Roger Paquet, ex-directeur de l'organisation des services de la Régie régionale de Québec, M. Jacques Fillion, directeur de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales de l'Agence qui a toujours été là pour nous piloter et nous aider à rendre ce plan réalisable. Finalement merci beaucoup à Mme Josette Tardif, responsable du dossier de la santé des femmes à l'Agence.

Quant aux membres du comité consultatif en santé des femmes, elles méritent un merci tout spécial pour avoir consacré bien plus de temps que prévu à se concerter, à lire et relire les documents, à s'appuyer sur des données scientifiques probantes et ainsi mettre à jour le savoir en matière de santé des femmes.

Bonne lecture à toutes et tous.



Ginette Bergevin
Présidente du comité consultatif en santé des femmes

Table des matières

page

Mandat du comité consultatif ..... *i*

Bref historique du mouvement pour la santé des femmes ..... *iii*

Introduction *1*

Les principes directeurs 7

La santé mentale 11

- La détresse psychologique 13
- La consommation de substances psychotropes 17
- La toxicomanie chez les femmes enceintes et les mères 21
- L'image corporelle et les troubles de conduite alimentaire 25

La santé physique 29

- Les maladies cardiovasculaires 31

La santé sexuelle et la reproduction 37

- La périnatalité 39
- La planification des naissances 45
- La ménopause 49

La santé sociale 53

- La pauvreté 55
- Les femmes âgées 59
- Les jeunes mères cheffes de famille monoparentale 63
- La santé des lesbiennes 67
- Les femmes des communautés ethnoculturelles 71
- Les femmes handicapées 75
- La violence 79

La transformation du réseau et ses répercussions 85

- Les aidantes 87
- Les travailleuses du milieu communautaire 91
- Les travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux 93
- Les utilisatrices de services 95

Conclusion 97

Remerciements aux partenaires 101

Bibliographie 103

Lexique 113

Mandat du comité consultatif

Au cours de la dernière année, plusieurs professionnelles possédant une expertise en santé des femmes se sont réunies afin d'élaborer un *Plan d'action en santé des femmes*[1]. Ce comité avait comme mandat :

- *de conseiller le conseil d'administration de l'Agence au regard de la santé des femmes ;*
- *d'élaborer un projet de Plan d'action en santé des femmes et de le soumettre au conseil d'administration de l'Agence pour adoption ;*
- *d'assurer, de façon continue, le soutien à l'implantation du plan d'action ; de préciser les critères d'atteinte des objectifs à partir d'indicateurs de résultats; de déterminer les projets et les actions qui sont nécessaires à l'atteinte des objectifs ciblés ;*
- *de faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant, pour l'atteinte des objectifs ;*
- *de s'adjoindre, au besoin, des personnes - ressources pour la réalisation de son mandat ;*
- *de définir les cibles d'action, de déterminer les moyens d'action particuliers et de préciser les partenaires auxquels il s'associe pour la réalisation des actions p ritaires.*

[1] "La santé des femmes est donc liée à leur mieux-être affectif, social, culturel, spirituel et physique, et est déterminée par le contexte social politique et économique dans lequel elles vivent et dans lequel elles jouent un rôle aussi bien que par des facteurs biologiques." Louise Guyon 1998

Nous tenons à remercier chaleureusement les membres du comité consultatif pour leur participation assidue aux travaux du plan d'action :

- Ginette Bergevin, présidente du comité
  Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Portneuf–Québec–Charlevoix) ;
- Linda Blais
  Équipe bénévole de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec ;
- Nathalie Gagnon
  Centre femmes d'aujourd'hui ;
- Bouchra Kaache
  Centre international des femmes, Québec ;
- Ginette Lazure
  Faculté des sciences infirmières, Université Laval ;
- Anne Maheu
  Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
  (Direction régionale de santé publique) ;
- Lucie Paquet
  Conseil du statut de la femme, Bureau régional de la Capitale-Nationale ;
- Isabelle Parent
  Centre de santé Orléans ;
- Josette Tardif, coordination
  Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
  (Direction régionale de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales).

Bref historique du mouvement pour la santé des femmes

La santé des femmes a traditionnellement été conceptualisée en fonction de questions de reproduction et traitée avec une vision médicale orientée par la biologie. Actuellement, la santé des femmes est plutôt perçue comme une résultante d'interactions complexes entre les données biologiques individuelles, les comportements en matière de santé et le contexte historique, économique et social dans lequel vivent les femmes[2].

Ce changement dans notre façon de définir la santé des femmes a été influencé par de nombreuses dénonciations et revendications qui atteignent une certaine virulence dès la décennie 1960. Au Québec, des femmes mettent sur pied des groupes pour porter leurs messages et instaurer des services. On assiste, entre autres, à la création de la Fédération des femmes du Québec (FFQ) en 1965, et de l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS) en 1966. De plus, en 1967, pour la première fois au Canada, une commission d'enquête (la Commission Bird) se penche sur la situation des femmes.

Ces dénonciations ont amené de profonds bouleversements sociaux et ont contribué à l'avancement des femmes et de la société. Au cours des années 60 et 70 « les femmes se mobilisent pour revendiquer l'égalité et dénoncer, entre autres, l'approche des experts médicaux[3] ». Les militantes dénoncent les conséquences de la médicalisation car elles constatent qu'elles ont été « désappropriées de leur savoir et qu'elles ont perdu le controle sur leur corps[4] ». Elles dénoncent également le manque d'intérêt du pouvoir médical pour l'avortement, la contraception, la violence envers les femmes et les enfants, ainsi que la surmédicalisation des femmes en santé reproductive et en santé mentale.

Les années 70 sont caractérisées par l'explosion d'activités communautaires se rapportant à la santé des femmes. L'insatisfaction à l'égard des services offerts amène le mouvement des femmes « à mettre sur pied des groupes pour développer des services, réfléchir et agir ensemble, analyser et dénoncer les failles du système de santé et des orientations gouvernementales[5] ». À cette même époque, les centres de santé des femmes voient le jour et développent « des pratiques d'auto-santé devant permettre aux femmes de se réapproprier leur corps et leur sexualité. La pratique de ces centres vise à déprofessionaliser, désexiser et démédicaliser la santé des femmes[6] ». Dans les années 70, en outre, plusieurs politiques gouvernementales ont été adoptées : la *Politique gouvernementale en planification des naissances* (1972), la *Politique de périnatalité* (1973) et l'*Avis du Conseil du statut de la femme pour les Québécoises : Égalité et indépendance* (1978). Rappelons également que les années 70 ont vu naître la Fédération du

---

2 Santé Canada. *La promotion de la santé des femmes : Une perspective canadienne*, consulté sur le site www.hc-sc.gc.ca/ohw-bfo/pdf/Canada_french_promwh.htm

3 Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Portneuf-Quebec-Charlevoix). *« Santé : vous notre présence ? Les groupes de femmes en santé et services sociaux : une contribution à reconnaître*, recherche et rédaction : Melanie Guimont et Lucie Gagnon, Quebec, 2001, p. 15.

4 Ibid. p. 15.

5 Reseau quebecois d'action pour la sante des femmes. *Cadre de référence : La santé des femmes au Québec*, Québec, 1999, p. 6.

6 Regroupement des groupes de femmes de la région 03. *« Santé : vous notre présence ? Les groupes de femmes en santé et services sociaux : une contribution à reconnaître*, op. cit.

Québec pour le planning des naissances (1972), le Conseil du statut de la femme (1973), le Comité de lutte pour l'avortement libre et gratuit (1975) et Naissance-Renaissance (1977).

Dans les années 80, plusieurs écrits remettent en cause le rôle de la socialisation dans la production de la maladie mentale et le sexisme des pratiques médicales. Ces années constituent également une période importante d'élaboration de programmes gouvernementaux qui ont donné leur appui aux initiatives communautaires pour la santé des femmes. L'importance du mouvement dans la province se vérifie encore dans la création, à cette époque, de plusieurs regroupements provinciaux[7], dont :

- *Regroupement des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Québec ;*
- *Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale ;*
- *Regroupement des centres de femmes du Québec ;*
- *Regroupement des centres de santé des femmes du Québec ;*
- *Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec ;*
- *Regroupement Naissance-Renaissance.*

Dans les années 90, les questions relatives à la santé des femmes deviennent un sujet régulier de discussion pour les gouvernements provincial et fédéral, et les définitions gouvernementales en ce domaine s'élargissent. La *Stratégie pour la santé des femmes* de Santé Canada repose sur « la reconnaissance à l'échelle mondiale que le système de santé doit accorder aux femmes et aux hommes un "traitement" égal dans tous les sens du terme et viser des résultats équitables pour les femmes comme pour les hommes. Le Canada a affirmé cet engagement lorsqu'il a adopté le Programme d'action, le document final de la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes, tenue à Beijing en 1995[8] ». Les différents postulats énoncés dans le *Programme d'action de Beijing* reposent sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire que tous les aspects de la vie des femmes – physique, psychologique, social, économique et juridique – sont interdépendants et influencent leur santé et leur bien-être.

---

7 Tous ces regroupements sont représentés dans la région de la Capitale-Nationale.

8 Santé Canada. *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999, p. 2.

Introduction

Introduction

L'Agence a comme mandat de planifier, d'organiser et d'évaluer l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts aux quelque 652 060 personnes de son territoire[9].

Au printemps 1998, le Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Portneuf-Québec-Charlevoix) constituait un comité consultatif « Femmes » afin de produire un avis dans le cadre du plan d'organisation des services de santé et des services sociaux 1998-2001. Cet avis, intitulé : *Consolidation de l'organisation des services 1998-2001 : réflexion sur la santé des femmes*, a été déposé le 29 juin 1998 à l'Agence.

À l'hiver 1999, le conseil d'administration de l'Agence adoptait le *Plan de consolidation des services 1999-2002*[10] dans lequel différentes orientations étaient proposées. L'une d'elles prévoyait la conception, le développement et la mise en œuvre d'un plan d'action sur la santé des femmes ayant les objectifs suivants :

- *identifier les services en santé physique, mentale et sociale qui s'adressent exclusivement aux femmes et ceux qui doivent prendre en compte la spécificité de leur condition ;*
- *faire en sorte que les actions proposées dans le plan soient menées selon une approche de la personne prise dans sa globalité et soient fondées sur les connaissances disponibles eu égard aux besoins spécifiques des femmes ;*
- *assurer l'intégration et la continuité de ces services ;*
- *mesurer et surveiller les impacts de la transformation des services sur la condition des femmes afin d'en réduire les effets pervers.*

Jusqu'à maintenant, plusieurs tentatives ont été effectuées afin de se doter d'un plan d'action régional. « Cependant, au cours des dernières années, il s'est avéré qu'un certain morcellement des actions prévues à l'intérieur de chaque programme ne permettait pas de considérer, de façon tangible et concertée, l'ensemble des besoins et des préoccupations de santé et de services sociaux qui touchent les femmes, de même que les conditions de certaines clientèles qui font appel à plusieurs services simultanément, comme dans les domaines de la santé mentale et de la pauvreté[11]. »

L'adoption du *Plan de consolidation des services* en 1999 a favorisé, l'année suivante, la réalisation d'un état de situation sur la santé des femmes de la région. Cet état de situation, quoique sommaire, démontrait que malgré les nombreux efforts déployés jusque-là, plusieurs problématiques étaient demeurées inchangées et demandaient que nous nous y attardions plus attentivement. Dans un deuxième temps, une consultation régionale, effectuée en 2001 auprès des différents partenaires de la région, confirmait la nécessité d'accroître nos connaissances sur

---

9 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Rapport annuel 2002-2003*, Québec, 2003, p. 6.
10 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Plan de consolidation des services 1999-2002*, Québec, 1999.
11 Ibid, p. 100.

certaines problématiques et d'agir auprès des femmes étant dans des situations particulières qui les rendent plus vulnérables.

À l'automne 2002, un comité consultatif composé de plusieurs expertes en santé des femmes a été mis en place. Ce dernier s'est basé sur les résultats de la consultation régionale de l'année précédente afin d'établir des priorités pour lesquelles peu d'actions avaient été mises en œuvre ou encore, peu de connaissances étaient disponibles. Les problématiques retenues dans le présent plan d'action ont fait l'objet d'une importante réflexion quant à leurs répercussions sur la santé et le bien-être des femmes de la région. Étant donné, d'une part les différents travaux déjà en cours et, d'autre part, la nécessité d'implanter, de consolider ou d'adapter certains services, ces problématiques se veulent l'expression des principales préoccupations du comité consultatif mandaté pour l'élaboration du plan d'action. Le comité prévoit en outre suivre l'évolution de certaines problématiques non retenues dans ce présent plan d'action mais pour lesquelles d'autres plans d'action régionaux ont défini des mesures, par exemple le cancer du sein, la toxicomanie, la santé mentale, la planification des naissances, l'itinérance, etc.

Le présent plan d'action propose des moyens afin d'assurer l'adaptation de certains services existants. Son élaboration permet de faire converger l'information vers des orientations claires et communes tout en se préoccupant de la faisabilité des actions qui auront été proposées. Il recommande enfin des indicateurs en vue d'assurer un mécanisme de suivi et d'évaluation des actions proposées.

La rédaction de ce plan d'action a permis de réaliser que la santé des femmes est tributaire de plusieurs aspects et secteurs d'intervention hors du champ de la santé et des services sociaux, et pour lesquels des partenariats sont nécessaires afin d'obtenir une réponse de service adaptée à la réalité des femmes d'aujourd'hui.

Sensible à cette réalité, l'Agence s'est donnée les moyens depuis quelques années d'amorcer une réflexion sur la santé des femmes et propose aujourd'hui un plan d'action triennal réaliste et novateur.

Les différentes problématiques retenues dans ce plan d'action sont présentées à l'intérieur des cinq catégories suivantes :

- *la santé mentale ;*
- *la santé physique ;*
- *la santé sexuelle et la reproduction ;*
- *la santé sociale ;*
- *la transformation du réseau et ses répercussions sur la santé des femmes.*

Pour chacune de ces catégories, des orientations, des statistiques ainsi que les principales données qualitatives dont nous disposions sont présentées. Par ailleurs, les principaux constats issus de la consultation régionale de 2001 sont repris et servent généralement de références aux objectifs et mesures retenus. Ces constats sont présentés selon les volets suivants :

- *le volet formation/sensibilisation ;*
- *le volet prévention/intervention/concertation ;*
- *le volet recherche.*

Le contenu de ce plan d'action ne prétend pas être exhaustif. Nous reconnaissons que sa mise en œuvre présentera certains défis et suscitera des questionnements. Mais nous sommes convaincues, aussi, qu'une meilleure connaissance de certaines problématiques et des différences inhérentes au fait d'être un homme ou une femme, et des principes qui sous-tendent ces différences, permettra de faire un pas important vers l'amélioration de la santé des femmes de la région.

Les principes directeurs

L'examen des principaux éléments des problématiques retenues a amené les membres du comité à dégager une compréhension commune de la santé des femmes. Afin que les actions proposées atteignent leurs objectifs, le comité a convenu que les principes directeurs suivants serviraient de balises au plan d'action.

Approche globale en santé des femmes

La santé d'une population et les inégalités qui y sont constatées résultent de l'interaction entre les différents déterminants de la santé[12] qui influencent autant les individus et les familles que les communautés[13]. Les liens entre le statut socioéconomique, le niveau de scolarité, la qualité du logement ou la situation d'emploi, la qualité de la santé physique et psychologique, ont été largement démontrés dans des rapports et études[14] qui mettent en lumière comment ces liens interfèrent dans la santé et le bien-être des femmes.

De même, plusieurs politiques gouvernementales en matière de santé et services sociaux ont fait état du lien direct entre les conditions de vie des femmes et leur santé physique et psychologique. Ainsi en 1992, dans sa *Politique de la santé et du bien-être*[15], le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaissait que la position des hommes et des femmes, en ce qui a trait à la sphère publique, au marché du travail et à la famille, était encore une source de grandes inégalités sociales et économiques.

Les femmes sont généralement plus pauvres que les hommes à cause d'un ensemble de facteurs, dont : les emplois traditionnellement féminins moins bien rémunérés ; la perte de revenu liée aux grossesses ; la monoparentalité ; l'appauvrissement provoqué par la séparation du couple ; l'accès difficile aux promotions à cause des responsabilités familiales[16]. À cause de cet ensemble de facteurs, les femmes sont plus susceptibles d'éprouver de la détresse psychologique, de consommer des médicaments psychotropes et, par conséquent, d'utiliser davantage les services de santé. À cet égard, l'approche globale en santé des femmes diffère de certaines approches qui orientent leurs interventions à partir d'une grille où la normalité est masculine, et qui apporte des solutions pharmacologiques et biotechnologiques. Le lien entre la santé, les rapports sociaux et les conditions de vie permet d'évaluer avec justesse les problèmes de santé des femmes[17].

---

12 " Les prédispositions biologiques et génétiques, les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé, les conditions de vie et les milieux de vie , l'environnement physique , l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources " Programme national de santé publique 2003-2012.

13 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, gouvernement du Québec, 2003.

14 Santé Canada. *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*. Ottawa, Bureau pour la santé des femmes, 2003. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Écoute-moi quand je parle*', rapport du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes. Québec, gouvernement du Québec 1997. Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*. Québec, 2003.

15 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La Politique de la santé et du bien-être*. Québec, gouvernement du Québec, 1992.

16 Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. *Cadre de référence*, op. cit., p. 11.

17 Ibid. p. 13.

Différence fondamentale entre les hommes et les femmes

Dans cette optique, l'expérience de la santé et de la maladie est différente selon que l'on soit une femme ou un homme. « Ceci implique que les recherches, programmes, services et approches doivent tenir compte de leur impact sur les femmes en tant qu'utilisatrices et travailleuses, et ce, avant même leur mise en œuvre[18]. »

Cette même différence a de profondes répercussions sur l'état de santé, tout comme l'accès aux services et l'utilisation de ces services[19]. Fondée sur le principe que les rapports sociaux entre les sexes influent sur la santé, l'analyse différenciée selon les sexes[20] (ADS) devient un des moyens préconisés pour atteindre l'égalité entre les sexes et pour considérer les spécificités des femmes de toute origine dans l'élaboration des politiques, programmes ou de toute autre mesure nationale ou sectorielle. L'ADS permet une meilleure compréhension des réalités et des besoins particuliers des femmes et favorise ainsi l'adoption de mesures qui tiennent compte de certaines dimensions socioéconomiques et des interactions entre celles-ci, et qui sont donc mieux adaptées à la réalité de l'un et l'autre sexes.

« L'ADS s'intéresse aux conditions socioéconomiques des femmes et des hommes et se concentre sur les différences qui caractérisent les deux sexes. Afin de pouvoir analyser les situations vécues différemment par les femmes et les hommes, et les effets d'une intervention projetée sur leurs conditions de vie respectives, les ministères et les organismes doivent disposer de données quantitatives et qualitatives suffisantes leur permettant d'effectuer les analyses pertinentes[21]. »

Dans son *Programme d'action 2000-2003 : L'égalité pour toutes les Québécoises*[22], le gouvernement du Québec s'est engagé à poursuivre l'instauration de l'ADS dans les pratiques gouvernementales, notamment par l'entremise de projets pilotes dans différents ministères. Par ailleurs, dans sa Stratégie d'action en santé et bien-être des femmes[23], le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoyait déjà poursuivre l'intégration de ce type d'analyse à divers travaux ministériels, et incitera l'intégration de l'ADS au niveau régional. Il entendait également « faire le point sur l'état de la mise en œuvre des différentes politiques, orientations et stratégies d'action qui touchent plus particulièrement les femmes[24] ».

De nombreux travaux de recherche réalisés dans le monde entier reconnaissent l'importance de prendre en compte ces réalités différenciées dans les sphères du travail, de la santé, de l'éducation, de la culture, de la vie des familles, etc. Malgré ces analyses, les formations universitaires et collégiales dans le domaine de la santé et des services sociaux ne tiennent toujours pas compte des différences hommes/femmes. Les approches préconisées sont plutôt

---

18 Ibid. p. 13.

19 Santé Canada. *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*, op. cit.

20 L'ADS est un processus qui vise à discerner de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption par le gouvernement sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte tenu des conditions socioéconomiques différents qui les caractérisent.

21 Secrétariat à la condition féminine. *Programme d'action 2000-2003 : L'égalité pour toutes les Québécoises*, Québec, gouvernement du Québec, 2000, p. 13.

22 Ibid.

23 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 13.

24 Ibid. p. 5.

asexuées et alors conçues en fonction des comportements masculins[25]. Et dans le secteur névralgique de la santé mentale, le comité de travail sur les services en santé mentale offerts aux femmes a pu constater que très souvent la formation de base des intervenantes, qui ont à faire face à une réalité complexe, n'est pas encore adaptée aux exigences de leur rôle.

En définitive, l'intégration de l'analyse différenciée selon les sexes à l'élaboration des programmes et politiques de santé, fera que ceux-ci seront adaptés aux besoins et aux réalités des hommes et des femmes de la région.

---

25 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Écoute moi quand je parle*, op. cit.

La santé mentale

La santé mentale

« Les décideurs à l'échelle mondiale le disent, la santé mentale des populations est de plus en plus menacée. Notre société émet d'ailleurs des signaux puissants : dépressions, stress croissant, tensions et conflits dans les relations, prise en charge insuffisante et isolement de groupes vulnérables, consommation et abus de drogues, abus sexuels, délits violents, rage au volant [26]». Les différents travaux du comité consultatif ont permis de cibler quatre problématiques prioritaires pour lesquelles des actions devaient être entreprises. Il s'agit de la détresse psychologique, la consommation des substances psychotropes, de la toxicomanie chez les femmes enceintes ou ayant de jeunes enfants et les troubles de conduite alimentaire.

La détresse psychologique

Le rapport « *Écoute-moi quand je parle!* [27] », publié en 1997, reconnaissait le sexe des personnes comme un déterminant majeur au regard de la santé mentale. « Dans tous les groupes d'âge, les femmes sont davantage touchées par un niveau élevé de détresse psychologique, une situation souvent attribuée au contexte socioéconomique, à la violence qu'elles subissent et à la pression exercée par le marché du travail pour accroître la productivité à laquelle elles sont d'autant plus sensibles qu'elles assumeront plus souvent la responsabilité des enfants[28].» Les statistiques démontrent en effet que les femmes assument la plus grande partie des soins aux enfants, de leur éducation et des travaux domestiques[29]. Ce cumul de responsabilités peut engendrer un niveau de détresse psychologique élevé : surmenage, stress, fatigue extrême, irritabilité, etc.[30].

« L'état de santé mentale de la population québécoise peut également être mesuré à partir de l'indice de détresse psychologique qui permet d'identifier les personnes ayant des symptômes persistants et intenses associés à la dépression et à l'anxiété[31]. » Cet indice ne constitue pas un diagnostic mais « tente plutôt d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe très probablement à risque d'être à un niveau qui nécessite une intervention[32] ».

Selon le *Portrait de santé de la région de Québec*, 26 % des femmes de 15 ans ou plus étaient touchées par un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à 19,5 % des hommes[33]. Le *Plan de consolidation des services 1999-2002* de l'Agence a reconnu la nécessité de consolider les services de santé mentale offerts par les CLSC et par les organismes communautaires aux femmes aux prises avec des conditions de vie précaires et de la violence[34].

---

26 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Rapport sur les services de santé mentale (adultes)*. Comité régional de soutien à la transformation et à la consolidation des services de santé mentale – Services aux adultes, Québec, juin 2002.

27 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Écoute moi quand je parle!*, op. cit. p. 150.

28 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 89.

29 Ibid. p. 10.

30 Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux. *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux réalités des femmes : cahier de revendications*, Québec, 1998, p. 42.

31 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Le portrait de santé : La région de Québec et ses territoires de CLSC*, rédaction : Michel Pageau et Marc Ferland, Direction de santé publique, Québec, 2002, p. 29.

32 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Écoute-moi quand je parle!*, op. cit., p. 150.

33 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Le portrait de santé*, op. cit., p. 229.

34 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Plan de consolidation des services*, op. cit., p. 35.

Par ailleurs, le plan de mise en œuvre sur la consolidation des services de santé mentale précise qu'une attention particulière sera apportée afin que la mise en œuvre des mesures prévues prenne en compte les préoccupations liées aux conditions de vie des femmes[15].

À la lumière des informations recueillies au cours de la consultation régionale effectuée en 2001 auprès des CLSC et des organismes œuvrant en santé mentale, il ressort qu'au-delà du manque de ressources, le réseau accuse des lacunes, notamment en ce qui a trait à la continuité des services, à l'approche utilisée dans l'intervention et à la connaissance des ressources par les personnes qui y travaillent. De cette consultation ressort également l'importance de développer davantage une approche multidisciplinaire en promotion de la santé des femmes et en prévention.

C'est dans cette optique que le comité consultatif adhère à la recommandation du Conseil du statut de la femme[16] de reconnaître les problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans une perspective plus globale étant donné les liens existants entre la santé mentale et les déterminants de la santé.

À cet effet, un des objectifs retenus dans ce plan d'action est de rendre les intervenantes aptes à détecter les indices de détresse psychologique. Pour atteindre cet objectif deux moyens sont préconisés : de la formation sur l'approche globale dans l'intervention, et l'élaboration d'outils de détection qui permettront de déceler plus précocement les femmes dont la santé mentale est menacée.

Par ailleurs, le *Rapport sur les services de santé mentale (adultes)* réaffirme la nécessité que le principe de l'appropriation du pouvoir par les utilisatrices de services soit au centre des travaux à réaliser pour la consolidation des services en santé mentale. Des formations seront organisées, avec un volet destiné aux utilisatrices et utilisateurs de ces services, et un second s'adressant aux intervenantes et gestionnaires du réseau sociosanitaire.

Le comité consultatif a également retenu comme objectif d'actualiser les mesures prévues dans le plan d'action en santé mentale et d'adapter l'offre de service aux réalités spécifiques des femmes ayant besoin de services psychosociaux. À cet égard, différents scénarios pourront être envisagés selon la réalité territoriale, et intégrés dans le plan d'action local que chaque CLSC devra élaborer au cours de la prochaine année.

Le comité consultatif a de plus souligné l'importance d'accroître notre connaissance sur la trajectoire de services des femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale transitoires ou de santé mentale menacée afin d'ajuster l'offre de service qui leur est destinée.

---

15 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Plan de mise en œuvre et de suivi du rapport sur la consolidation et la transformation des services de santé mentale (adultes)*. Direction de l'organisation des services. Québec. 2003.

16 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 134.

Objectif général

Diminuer la détresse psychologique des femmes de la région 03.

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Rendre les professionnelles aptes à identifier les indices de dépression et de détresse psychologique.	Confection d'une liste des différents outils d'identification existants. Promotion des outils qui auront été reconnus efficaces.	R Agence P Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC, centre universitaire.	Existence d'outils d'identification.
	Intégration d'une formation sur l'approche globale et l'ADS dans le plan triennal de formation 2003-2006 en santé mentale de l'Agence.	R Agence.	Formation intégrée au plan triennal.
	Formation des intervenantes sur l'approche globale dans l'intervention, sur l'ADS et sur les indices de détresse psychologique.	R Agence. P Groupes de femmes, organismes communautaires, Centre jeunesse, CLSC, Centres hospitaliers.	Nombre de formations offertes. Nombre de personnes formées.

* *Le féminin inclut le masculin.*

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Accroître l'accès aux services de santé mentale en CLSC.	Actualiser les mesures prévues dans le plan d'action en santé mentale en ce qui a trait à la consolidation des services de première ligne en santé mentale.	R : Agence. P : CLSC.	Mesures actualisées.
	Adapter l'offre de service aux besoins spécifiques des femmes et élaborer des stratégies afin de diminuer, le cas échéant, les délais d'attente.	R : CLSC.	Offre de service adaptée et stratégies élaborées.
Consolider le financement des services d'hébergement qui prennent en compte les besoins particuliers des femmes.	Revoir le financement des organismes communautaires offrant aux femmes des services d'hébergement en santé mentale. Faire des propositions de bonification selon les ressources financières disponibles.	R : Agence. P : Organismes communautaires.	Montant supplémentaire alloué aux ressources concernées.
Reconnaître la différence homme - femme comme déterminant majeur en santé mentale des femmes.	Élaborer des indicateurs en santé mentale selon le genre. Faire connaître l'importance d'une analyse différenciée selon les sexes dans l'intervention psychosociale.	R : Agence. P : Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC.	Présence d'indicateurs en santé mentale.
	Intégrer l'ADS dans les rapports et plans d'action en santé mentale.	R : Agence.	ADS intégrée.

VOLET RECHERCHE

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Connaître la trajectoire de recherche d'aide des femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale transitoires ou de santé mentale menacée.	Proposition d'un devis de recherche. Production d'un rapport de recherche.	R : Agence, Université Laval. P : Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC.	Dépôt d'un rapport de recherche.
Mieux comprendre, par différentes études, les variables associées à la détresse psychologique des femmes à tous les stades de la vie.	Prise en considération de l'Enquête de santé sur les collectivités canadiennes ou d'autres études permettant de déterminer les variables associées à la détresse.	R : Agence.	
	À la suite des résultats obtenus, recommandation de pistes d'action aux prestateurs de services visant à réduire la détresse psychologique des femmes de la région.	R : Agence. P : Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC, Centre jeunesse, centres hospitaliers	Dépôt de recommandations auprès des instances concernées.

La consommation de substances psychotropes

Les médicaments sont souvent considérés comme un moyen rapide pour régler les problèmes de santé et comme un moyen susceptible de répondre en général à différents besoins de santé des individus.

La découverte des médicaments psychotropes[37], dans les années 50, a constitué l'une des plus grandes révolutions du siècle précédent. En effet, leur apport au traitement et à la compréhension des troubles mentaux est inestimable. Toutefois, ce sont aussi les médicaments qui se prêtent le mieux aux abus[38], et leur consommation progresse constamment depuis 1997[39].

Le phénomène de la consommation et de la surconsommation de psychotropes ne trouve pas d'explication unique. « La substance, les modalités de son usage, l'état physique ou mental de l'usager et le milieu où il consomme sont autant de facteurs qui influencent sur les effets et les conséquences de la consommation de psychotropes[40]. » Des facteurs physiques, psychologiques et sociaux tels que le stress, les problèmes familiaux, certaines conditions de vie et de travail expliqueraient la consommation ou la surconsommation de psychotropes.

Dans son *Plan régional d'organisation de services en toxicomanie* (PROST)[41] datant de 1996, l'Agence proposait de réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes, entre cette année là et 2001, chez les personnes de 55 ans ou plus et chez les femmes subissant des conditions précaires. Les objectifs du PROST liés à la diminution de la consommation mettaient l'accent sur l'importance que les femmes disposent de suffisamment d'information afin de connaître les risques associés à l'usage des médicaments psychotropes. Le PROST recommandait également que les médecins diminuent les ordonnances de médicaments psychotropes, qu'ils soient informés des options non médicamenteuses et qu'ils les proposent à l'ensemble de leur clientèle féminine[42]. Le PROST n'a pas encore été évalué mais le sera vraisemblablement en 2003-2004. Cette évaluation servira à préciser certaines mesures retenues dans le présent plan d'action.

Des projets territoriaux visant la prévention de la toxicomanie, réalisés dans le cadre des Priorités de santé et de bien-être (PSBE), ont permis à plus de 200 personnes âgées de 55 ans ou plus d'acquérir des moyens pour réduire leur consommation de psychotropes[43].

Selon les résultats obtenus au cours de la consultation régionale, la consommation de substances psychotropes est apparue comme l'une des priorités en santé mentale. Pour l'heure, les programmes des CLSC qui visent la réduction de psychotropes sont davantage orientés vers les femmes de 55 ans ou plus ayant un problème d'insomnie ou d'anxiété ; or, selon le comité

---

37 À cette catégorie de médicaments, appartient la sous-classe des anxiolytiques, des sédatifs et des hypnotiques utilisés à court, moyen et long terme dans le traitement de divers troubles reliés à l'anxiété et à l'insomnie.

38 M. J. TAKTAK, S. BENZINEB, S. DOUKI. *Les abus de psychotropes*, consulté sur le site http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/revues/ITP/abuspsyc.htm.

39 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, op. cit.

40 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La Politique de la santé et du bien-être*, op. cit., p. 61.

41 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Plan régional d'organisation de services en toxicomanie 1996-2002*, Québec, 1996, p. 54.

42 Ibid, p. 55.

43 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Rapport annuel 2002-2003, Québec, 2003, p. 25.

consultatif, les activités de sensibilisation doivent plutôt tenter de rejoindre les femmes de tous les âges, étant donné l'importance d'agir avant que les femmes aient totalement intégré ce comportement dans leurs habitudes de vie.

C'est dans cette optique que le comité consultatif a reconnu l'importance de sensibiliser les femmes au problème de la surconsommation en soutenant des activités en CLSC et dans le milieu communautaire, et ce, sur tous les territoires de la région.

Objectif général

Diminuer la consommation de médicaments psychotropes et adapter les services.

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Sensibiliser les femmes aux effets de la surconsommation et aux solutions de remplacement à la médication.	Recenser les activités offertes dans les différents milieux.	R : Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC. P : Table de concertation (aînés et violence), cabinets de médecins, pharmaciennes, Agence.	Activités recensées.
	Soutien d'activités de sensibilisation (ex : programme Harmonie).	R : Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC. P : Agence.	Nombre d'activités soutenues.
Former et informer le personnel de la santé et des services sociaux sur les effets de la surconsommation et les solutions de remplacement à la médication.	Intégration d'un programme de formation dans le plan triennal de formation de l'Agence.	R : Agence.	Formation intégrée.
	Formation du personnel du réseau et du secteur communautaire aux problèmes associés à la toxicomanie principalement en santé mentale.	R : Agence. P : Groupes de femmes, organismes communautaires, médecins en cabinets privés, centres hospitaliers, chaire de recherche André Chagnon, pharmaciennes, réseau de formation continue des médecins, CLSC.	Nombre de formations offertes. Nombre de personnes rejointes. Nombre et type de milieux rejoints.

* Le féminin inclut le masculin.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Amener les femmes à des approches autres que la médication afin de favoriser une meilleure prise en charge de leur santé psychologique.	Faire l'inventaire des programmes et des activités existants dans le réseau de la santé et des services sociaux.	R : Agence. P : Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC.	Nombre de programmes existants.
	S'assurer de la disponibilité des programmes et des activités dans les différents milieux.	R : CLSC, organismes communautaires, groupes de femmes. P : Agence, cabinets de médecins, GMF.	Nombre de femmes rejointes. Nombre d'activités soutenues.
	Ajuster l'offre de service en tenant compte de l'organisation territoriale des ressources. Adapter l'offre de service à la réalité des femmes.	R : Agence. P : Organismes communautaires, CLSC.	Offre de service ajustée et adaptée.

VOLET RECHERCHE

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Améliorer l'état des connaissances sur les solutions de remplacement à la consommation de médicaments psychotropes.	Recension des écrits sur les solutions de remplacement à la consommation de psychotropes. Diffusion du rapport de recherche aux instances concernées afin d'assurer l'échange d'expertise.	R : Chaire de recherche André Chagnon. P : CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, Université Laval, Agence.	Rapport de recherche. Nombre de copies diffusées.

* *Le féminin inclut le masculin.*

La toxicomanie chez les femmes enceintes et les mères

Les toxicomanies sont particulièrement préoccupantes durant la période où les femmes sont en âge de procréer. Comme la littérature l'a démontré, elles ont des effets à la fois sur la capacité de procréer et sur celle de mener à terme une grossesse. Dans l'état actuel des connaissances, il est impossible d'établir avec certitude et précision la prévalence des problèmes de toxicomanie chez les femmes enceintes. Certains hôpitaux montréalais soulignent cependant l'importance, au fil des années, de la proportion de leur clientèle en périnatalité qui consomme des drogues, telles que le crack ou la cocaïne.

Un pourcentage notable de toxicomanes mères ou enceintes ont été victimes, dans leur enfance, de négligence ou encore d'abus physique ou sexuel. Les taux d'inceste seraient ainsi de l'ordre de 28 à 44 % chez les toxicomanes ; ces abus auraient laissé des séquelles importantes, ce qui explique en grande partie, que ces femmes aient recours aux substances[44].

La grossesse est un moment privilégié pour tenter d'amener la femme toxicomane à entreprendre un traitement, à modifier certaines habitudes de vie et à améliorer sa santé et celle de l'enfant. Actuellement, les femmes toxicomanes enceintes se prévalent moins que d'autres des soins prénataux, alors qu'elles en auraient probablement davantage besoin. La crainte d'être blâmées et de se voir retirer la garde de l'enfant y fait pour beaucoup. Lorsqu'elles décident d'entreprendre un traitement en cours de grossesse, les femmes ayant un problème de toxicomanie devraient pouvoir disposer de services adaptés à leur situation[45].

Dans son avis sur les conditions de vie des femmes, le Conseil du statut de la femme recommande à l'Agence d'intégrer au *Plan d'action en santé des femmes* des mesures visant la double problématique de santé mentale et de toxicomanie. À cet effet, il propose que cette double problématique soit abordée dans une perspective large et non segmentée ce que reconnaît également les membres du comité consultatif[46].

À l'heure actuelle, un comité régional sur la double problématique toxicomanie et santé mentale est à élaborer un modèle d'organisation de services destiné aux personnes souffrant de toxicomanie combinée à un problème de santé mentale. Ce modèle sera déposé au conseil d'administration de l'Agence en 2003-2004 et le comité de suivi en santé des femmes sera très attentif à cette recommandation afin de préciser l'organisation des services requis pour répondre aux besoins particuliers des femmes enceintes ou ayant de jeunes enfants.

Les services disponibles dans le réseau de la santé et des services sociaux se doivent de répondre aux besoins et de s'adapter à la réalité des mères aux prises avec des problèmes de consommation afin de leur permettre d'assumer entièrement leur rôle.

---

44 Comité permanent de lutte à la toxicomanie. *Les mères toxicomanes*, Québec, 1999, p. 3.

45 Ibid.

46 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 144.

Le comité consultatif a reconnu l'importance d'agir sur cette problématique, notamment quant à l'accessibilité aux services pour les mères avec des problèmes de toxicomanie. Les moyens à mettre en place pour répondre à cette réalité seront déterminés, en partie, après l'évaluation du PROST en 2004.

Objectif général

Offrir des services adaptés à la réalité des mères.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Améliorer l'accès aux services en toxicomanie pour les femmes enceintes et les mères avec de jeunes enfants.	Recenser les services existants en toxicomanie.	R : Agence P : CRUV, CLSC, organismes communautaires, centres hospitaliers.	Services recensés.
	Faire connaître les services existants aux mères dont la situation nécessite une intervention en toxicomanie.	R : Organismes communautaires, CLSC, centres hospitaliers.	
	Après l'évaluation du PROST, proposer les moyens appropriés incluant le financement.	R : Agence.	Moyens proposés.
	Faciliter l'accès aux services en adaptant l'offre de service (plage horaire, services ambulatoires) à la réalité des femmes avec de jeunes enfants.	R : Organismes communautaires, CLSC, CRUV.	Offre de service adaptée.
	Développer des stratégies permettant de rejoindre et d'assurer la rétention des femmes enceintes aux prises avec un problème de toxicomanie.	R : Agence P : Organismes communautaires, CLSC, CRUV.	Stratégies développées.
	Mise en place de mécanismes de collaboration et de suivi.	R : Agence, CLSC. P : Organismes communautaires, CRUV.	Mécanismes de collaboration en place.

* Le féminin inclut le masculin.

L'image corporelle et les troubles de conduite alimentaire

Le concept de l'estime de soi, et celui de l'image corporelle par conséquent, jouent un rôle important durant la période de l'adolescence. Le processus d'identité et de développement de la personnalité rend l'adolescente sensible aux modèles extérieurs ainsi qu'à la comparaison et à l'identification aux pairs[47]. De plus, les transformations physiques survenant à l'adolescence influencent l'image que l'adolescente se fera d'elle-même ; ces modifications auront des répercussions sur son identité sexuelle et sur son estime de soi. Actuellement, aussi bien les adolescentes que les jeunes femmes sont affectées par des stéréotypes qui considèrent la minceur comme une condition essentielle à la réussite sociale, affective et professionnelle. Celles-ci ressentiront également une forte pression à tenter de correspondre à une image alimentée par les différents véhicules publicitaires ou d'information.

Au Québec, 40 % des femmes suivent un régime chaque année, et cela sans compter celles qui « font attention » à ce qu'elles mangent. Étant donné que 95 % des femmes se perçoivent non conformes à l'image dominante, elles seront nombreuses à se lancer vers des produits minceur totalement inefficaces, voire dangereux pour leur santé[48].

En 1987, 19 % des personnes de 15 ans ou plus présentant un excès de poids ; une décennie plus tard, 28 % y sont confrontés, ce qui signifie une augmentation de 47 %.[49] En outre, environ 57 % des jeunes femmes de moins de 30 ans souhaitent perdre du poids même si la majorité d'entre elles (65 %) se situent dans la catégorie poids santé[50].

Les préoccupations excessives à l'égard de l'image corporelle peuvent entraîner des pratiques alimentaires préjudiciables, particulièrement parce que les adolescentes sont en période de croissance. On estime à 1 % la prévalence de l'anorexie mentale grave chez les jeunes filles de 14 ans à 25 ans. Quant à la boulimie, sa prévalence serait de deux fois supérieure à celle de l'anorexie. De plus, 5 % des adolescentes et jeunes femmes souffrent d'un trouble atypique des conduites alimentaires, c'est-à-dire d'un trouble qui ne correspond pas à tous les critères de l'anorexie ou de la boulimie, mais qui est suffisamment symptomatique pour nuire au fonctionnement et provoquer chez elles une grande détresse[51].

Ces désordres du comportement alimentaire sont étroitement reliés à la santé mentale et sont inquiétants, compte tenu de l'augmentation de la détresse psychologique et de la dépression chez les jeunes filles[52]. À partir de la clientèle rejointe à la Maison de transition l'Éclaircie de Québec, on constate que les jeunes femmes souffrant d'anorexie sont souvent issues de milieux surprotecteurs, cherchent l'approbation d'autrui, manquent d'autonomie et éprouvent fortement

---

47 Collectif Action alternative en obésité. *Bien dans sa tête, Bien dans sa peau : guide d'intervention, l'essentiel pour implanter un programme*, tome I, Québec, 2002.

48 Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. *Obsession de la minceur et oppression de la grosseur*, grille thématique, Montréal, 1997.

49 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin : à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 31.

50 Conseil du statut de la femme. *Des nouvelles d'elles : Les jeunes femmes au Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 2002, p. 60-61.

51 Guy POMERLEAU, et al. *Programme d'intervention et de traitement des troubles de conduite alimentaire : un programme surspécialisé universitaire en santé mentale pour la région de Québec et l'Est du Québec*, Québec, juin 2000.

52 Conseil du statut de la femme. *Des nouvelles d'elles : Les jeunes femmes du Québec*, op. cit.

le sentiment d'exercer peu de contrôle sur leur vie. L'anorexie devient un moyen pour prendre du contrôle et elles en ressentent généralement une grande satisfaction[53].

En matière de conduite alimentaire, le *Plan de consolidation des services 1999-2002*[54] de l'Agence prévoyait soutenir les organismes d'entraide et favoriser l'implantation de programmes de formation, de promotion et de prévention. Parallèlement à ces orientations, le comité santé mentale de la région de Québec proposait, en 2000, le programme *Bien dans sa tête, Bien dans sa peau.* Ce programme vise, entre autres, à favoriser l'acquisition d'attitudes positives et de comportements sains à l'égard du corps, du poids, de l'alimentation et de l'activité physique chez les jeunes en milieu scolaire[55]. Il propose une démarche de réflexion sur le culte de l'apparence physique, de la minceur ou de la « supermusculature » en vogue dans la société d'aujourd'hui.

Le présent plan d'action s'insère dans les orientations régionales qui visent, entre autres, à soutenir des activités de promotion et de prévention en favorisant des actions qui permettront aux individus, et dans ce cas-ci aux femmes, d'avoir un plus grand pouvoir sur leur santé. À cet effet, le comité consultatif reconnaît l'importance de maintenir le programme *Bien dans sa tête, Bien dans sa peau* dans les écoles où il est actuellement implanté, et de permettre à d'autres milieux scolaires d'en bénéficier. Par ailleurs, les expertes en matière de troubles de conduite alimentaire ont effectué différents travaux qui nous amènent à réfléchir à l'importance de mettre en place un comité multidisciplinaire spécialisé afin d'instaurer une trajectoire de services tant préventive que curative.

---

53 Maison de transition l'Éclaircie. *Formation sur les troubles de conduite alimentaire*, Québec, novembre 2000.

54 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Plan de consolidation des services*, op. cit., p. 37.

55 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Évaluation de l'implantation du programme « Bien dans sa tête, Bien dans sa peau » dans la région de Québec*, rédaction : Geneviève Doray et Pascale Chaumette, Direction de santé publique, Québec, 2002, p. 8.

Objectif général

Favoriser le développement d'une saine image corporelle et de bonnes habitudes de vie

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Favoriser la promotion de bonnes habitudes de vie et d'une saine image corporelle.	Recenser les programmes ou les activités de sensibilisation existants. Promouvoir des projets ou des activités prometteurs dans les écoles secondaires, les CLSC et les maisons de jeunes.	R : Agence, commissions scolaires. P : Maison de transition l'Éclaircie, maisons de jeunes, CLSC.	Recension faite. Nombre d'adolescentes et de jeunes femmes rejointes annuellement.
	Consolider l'implantation du programme Bien dans sa tête, Bien dans sa peau et viser graduellement à rejoindre l'ensemble des élèves des écoles secondaires de la région.	R : Agence. P : Commissions scolaires, CLSC.	Nombre d'écoles offrant le programme.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Se doter d'une trajectoire de services de 1re, 2e et 3e lignes qui inclut notamment les formes d'hébergement avec une hiérarchisation des services.	Créer un comité multidisciplinaire. Préciser les requis de soins pour les services spécialisés. Adopter un modèle régional d'organisations des services.	R : Agence. P : Maison de transition l'Éclaircie, cliniques médicales, Centre de pédopsychiatrie du CHUQ, CLSC.	Comité. Trajectoire de services. Modèle régional adopté.

VOLET RECHERCHE

Objectifs particuliers	**Étapes de réalisation**	**Responsables (R)** **Partenaires (P)**	**Indicateurs**
Collecter des données sur la prévalence des problèmes de conduite alimentaire dans la région.	Élaboration d'outils permettant la compilation de données sur les clientèles dans les différents milieux. Rédaction d'un rapport sur la prévalence du phénomène. Diffusion du rapport auprès des instances concernées.	R : Agence. P : Centre de pédopsychiatrie du CHUQ, CLSC, Maison de transition l'Éclaircie, Université Laval, cliniques médicales.	Outils créés. Production d'un rapport de recherche. Nombre de copies diffusées.

* *Le féminin inclut le masculin.*

La santé physique

La santé physique

La littérature démontre que de façon générale, la santé des femmes est liée à leur mieux-être affectif, social, culturel, spirituel et physique. Les femmes meurent plus tardivement que les hommes, et meurent principalement de maladies cardiovasculaires, de cancers de l'appareil respiratoire ou du sein et de maladies liées au vieillissement[56]. Bien que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont plus susceptibles de souffrir de limitations d'activités à long terme et d'états chroniques[57]. Toutefois, les maladies communes aux hommes et aux femmes n'ont pas toujours été comprises sous l'angle des différences qu'elles présentent selon le sexe. Ainsi, ces différences n'ont pas été prises en considération par le système de santé, notamment dans les cas de maladie cardiovasculaire et dans le traitement des maladies d'où l'importance d'intégrer l'analyse différenciée selon les sexes à la recherche en santé.

Les maladies cardiovasculaires

Au moment de l'élaboration de la *Politique de la santé et du bien-être*[58], en 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux avait comme objectif, sur les dix années suivantes, de réduire de 30 % la mortalité par maladie cardiovasculaire. L'*Avis du Conseil de la santé et du bien-être*[59], publié en 2002, révèle que l'objectif de réduction proposé en 1992 est presque atteint (258 pour 100 000 habitants). L'objectif actuel proposé dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*[60] vise à diminuer, d'ici 2012, de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

Le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires est en décroissance depuis plus de vingt ans. Ces maladies demeurent cependant la première cause de décès et d'hospitalisation, et leur décroissance serait moins marquée chez les femmes[61]. Selon la Fondation des maladies du cœur du Canada, les maladies cardiaques causaient, en 1999, 37 % des décès féminins contre 35 % des décès masculins[62]. Statistique Canada prévoit que la mortalité par maladies cardiovasculaires n'augmentera pas chez les hommes au Canada d'ici 2016, mais qu'elle grimpera de 28 % chez les femmes[63]. Considérées jadis comme des "maladies d'hommes", les maladies cardiovasculaires sont devenues la première cause de décès chez les femmes canadiennes. Ces dernières meurent huit fois plus de maladies cardiovasculaires que de cancer du sein[64].

Jusqu'à tout récemment, l'étude des causes des maladies cardiovasculaires chez la femme a fait l'objet de très peu d'attention. En effet, les recherches biomédicales s'effectuaient surtout chez

---

56 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin : à l'écoute de nos* besoins, op cit., p. 29.
57 Santé Canada. *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*, op. cit.
58 Ministère de la Santé et des Services sociaux. La *Politique de la santé et du bien-être*, op cit., p. 72.
59 Conseil de la santé et du bien-être. *Décider et agir : Avis pour une stratégie du Québec en santé*. Québec, gouvernement du Québec, 2002, p. 34.
60 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de Santé publique 2003-2012*, op cit., p. 45.
61 Ibid. p. 42.
62 Danielle STANTON. *Le cœur des femmes : pourquoi fait-on l'autruche ?* La gazette des femmes, vol. 24, n° 2, juillet-août 2002.
63 Ibid.
64 Ibid.

les hommes et les résultats obtenus étaient appliqués aux femmes. L'omission des femmes dans les recherches biomédicales a eu d'importantes répercussions sur l'exactitude du diagnostic, l'efficacité du traitement et la prévention des maladies cardiovasculaires chez la population féminine. À l'heure actuelle, plusieurs publications[65] révèlent que les symptômes des maladies coronariennes au féminin sont, de fait, "atypiques" par rapport au modèle masculin, celui qui a toujours servi de référence. En effet, seulement 20 % des femmes éprouvent l'engourdissement au bras gauche et la forte douleur soudaine à la poitrine ; celles-ci, plutôt, se sentiront davantage épuisées, ressentiront une vague douleur à la poitrine et auront envie de vomir. Cette symptomatologie sournoise entraîne comme conséquences une arrivée tardive à l'hôpital et un risque plus important de décès avant l'arrivée. Plusieurs études[66] démontrent par ailleurs que les femmes sont moins soumises aux examens diagnostiques que les hommes pour des symptômes identiques ou même plus graves. Elles ont également de moins bons diagnostics, de moins bons traitements d'urgence, moins d'angioplasties et de pontages et presque deux fois plus de femmes (44 %) que d'hommes (27 %) seront décédées un an après leur première attaque[67]. Le délai à recourir aux différents procédés diagnostiques augmente le risque de complications associées aux maladies cardiovasculaires.

Le manque d'information en matière de maladies cardiovasculaires chez les femmes entraîne donc des conséquences une fois le diagnostic établi. Ajoutons qu'à l'heure actuelle, les femmes croient à tort que le cancer du sein représente la principale cause de décès. Selon Santé Canada, cette méconnaissance des faits a des répercussions importantes sur les efforts de promotion de la santé[68].

Comme nous l'avons déjà évoqué, la majorité des recherches portant sur la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies cardiovasculaires ont été menées auprès des hommes. Pour cette raison, un des objectifs de la Fondation des maladies du cœur du Québec[69] est d'encourager la recherche visant à mieux cerner les causes, les symptômes et les traitements des maladies cardiovasculaires chez les femmes. Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a retenu comme objectif de cibler et d'adapter « les interventions préventives et curatives à réaliser auprès des femmes en encourageant l'utilisation des nouvelles connaissances concernant la spécificité des maladies cardiovasculaires chez ces dernières[70] ».

À l'heure actuelle, dans la région, les CLSC mettent en œuvre, à l'intention de la population adulte de leur territoire, le *Programme intégré de prévention des maladies chroniques "0-5-30 combinaison prévention"* dans lequel s'inscrit la prévention des maladies cardiovasculaires. Ce programme, élaboré en collaboration avec différents partenaires, vise entre autres la promotion de saines habitudes de vie (cessation tabagique, alimentation, activité physique) et la prévention

---

65 Fondation des maladies du cœur du Canada. *Femmes : maladies du cœur et AVC*, consulté sur le site : www.2.fmcoeur.ca/page.asp?PageID. Réseau canadien de la santé. *En tant que femme, en quoi les crises cardiaques me concernent-elles?*, consulté www.canadian-health-network.ca/faq/women-femmes/6f.html. Danielle STANTON, op. cit.; CHIAMVIMUNVAT, Vera, Leonard STERNBERG. *Coronary artery disease in women*., Canadian Family Physician, Le médecin de famille canadien, vol. 44, décembre 1998, p. 2709.

66 Danielle STANTON, op. cit.; Marie-Ange PONGIS KANDJIAN. *Les femmes côté cœur*, vol. XVIII, n° 5, octobre 2001; Lauran NEERGAARD. *Les femmes cardiaques ne sont pas traitées adéquatement*, consulté sur le site : www.cyberpresse.ca/outil/imprimer.php. Réseau canadien de la santé. *En tant que femme, en quoi les crises cardiaques me concernent-elles?*, consulté sur le site : www.canadian-health-network.ca/faq/women-femmes/6f.html.

67 Danielle STANTON. *Le cœur des femmes : pourquoi fait-on l'autruche ?*, op. cit.

68 Santé Canada. *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*, op. cit.

69 Diane OUELLET. *La santé du cœur : une affaire de femmes?*, comité Femmes et santé du cœur, Fondation des maladies du cœur du Québec, consulté sur le site : www.rqaaf.qc.ca/sp24-sp24_164.htm.

70 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin : à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 30.

des principaux facteurs de risque (hypertension artérielle, les dyslipidémies, etc.) dans le but de diminuer la prévalence des maladies cardiovasculaires.

Parallèlement à ces projets, un programme de réadaptation "Traité santé" à l'intention des clientèles affectées par des problèmes cardiaques est offert dans chacun des territoires locaux de la région. Ce programme ne contient cependant aucune précision particulière afin d'adapter l'intervention à la réalité féminine et règle générale, seules les infirmières qui rencontrent les femmes au cours d'interventions individuelles adaptent généralement leurs interventions.

En Mauricie, un programme d'enseignement réservé aux femmes cardiaques ou à risque a été élaboré par deux infirmières. Selon les auteures de ce programme, le fait de proposer un contenu adapté à la réalité des femmes a eu des effets immédiats sur leur participation et leur assiduité au programme. Ce programme d'enseignement destiné aux femmes a démontré son efficacité à réduire, chez les patientes cardiaques, le nombre de réhospitalisations dues à des complications associées à la reprise hâtive de leurs multiples activités et responsabilités à la suite d'un infarctus[71]. De façon générale, les programmes d'enseignement ou de réadaptation, davantage conçus pour les hommes, ne répondaient pas entièrement aux besoins d'information de la clientèle féminine.

La Women's Cardiovascular Health Initiative a en outre réalisé plusieurs études sur la santé cardiaque des femmes et a conclu que les programmes de réadaptation cardiaque spécialement conçus pour les femmes amélioraient grandement leur aptitude à faire de l'exercice et leur perception de leur qualité de vie[72].

Compte tenu de nos connaissances actuelles sur les maladies cardiovasculaires et de la nature des interventions et programmes de réadaptation et d'enseignement offerts dans la région, des actions doivent être entreprises afin d'assurer des services qui correspondent aux besoins plus particuliers des femmes.

Dans un premier temps, le comité de suivi en santé des femmes portera une grande attention au contenu des différents programmes afin que la réalité féminine y soit intégrée. Par la suite, une recension d'écrits sur les particularités cliniques des maladies cardiovasculaires chez les femmes servira à adapter les interventions préventives et curatives en plus de favoriser la mise en œuvre d'activités de formation auprès du personnel de la santé et d'activités auprès des femmes.

---

[71] O. LAMY. *Le bon service, au bon endroit*. L'Infirmière du Québec, vol. 10, n° 5, mai-juin 2002, p. 31-32.

[72] Sunnybrook and Women's College Health Sciences Center. *Recherche sur les maladies cardiovasculaires*. Centre de santé cardiovasculaire, consulté sur le site www.femmesetsante.ca/services/cardioresearch/index.html.

Objectif général

Améliorer la santé cardiaque chez les femmes.

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Informer les femmes des facteurs de risque et des symptômes précurseurs des maladies cardiovasculaires.	Soutien aux activités de sensibilisation offertes par les différents milieux concernés.	R : CLSC, Centre de femmes, cabinets de médecins. P : Pharmaciennes, Hôpital Laval, Agence.	Nombre d'activités soutenues.
	Inventaire des outils d'information adaptés aux particularités féminines (ex : brochure de la Fondation des maladies du cœur) et diffusion de ceux jugés appropriés. En l'absence de ceux-ci, développement d'outils adaptés aux femmes à l'intérieur du Programme intégré de prévention des maladies chroniques "0-5-30 combinaison prévention" et du Programme de réadaptation "Traité-santé".	R : Agence, CLSC, cabinets de médecins. P : Hôpital Laval, Fondation des maladies du cœur.	Outils rendus disponibles.
Rendre les professionnelles aptes à la prise en charge de la problématique des maladies cardiovasculaires particulières aux femmes.	Intégration d'une formation en santé cardiaque dans le plan triennal de formation.	R : Agence.	Formation intégrée au plan triennal.
	Formation sur les facteurs de risque et les symptômes atypiques des maladies cardiovasculaires chez les femmes.	R : DRMG, CLSC, Agence. P : Cégeps, Université Laval.	Nombre de professionnelles rejointes.
	Intégration dans les cours en sciences de la santé, des notions en santé cardiaque chez des femmes.	R : Ministère de l'Éducation. P : Cégeps, Université Laval.	Modifications apportées aux programmes en sciences de la santé.

* *Le féminin inclut le masculin.*

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Adapter les approches et programmes en prévention, en traitement et en réadaptation à la particularité des femmes en matière de maladies cardio-vasculaires.	Recenser les programmes existants. Apporter les changements nécessaires aux programmes existants.	R : Cabinets de médecins, centres hospitaliers, responsables du programme régional de réadaptation "Traité santé", CLSC. P : Agence.	Nombre de programmes modifiés.
	Faire la promotion des programmes qui auront été adaptés à la réalité féminine.	R : Agence. P : Cabinets de médecins, centres hospitaliers, CLSC.	Promotion faite.

VOLET RECHERCHE

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Améliorer et diffuser les connaissances sur les maladies cardiovasculaires chez les femmes.	Recensement des résultats de recherche concernant : les symptômes atypiques ; les outils de diagnostic existants ; les moyens d'intervention afférents ; les programmes existants.	R : Agence. P : CLSC, cabinets de médecins, Université Laval, Hôpital Laval.	Rapport de recherche.
	Diffusion du rapport de recherche auprès des instances concernées.		Rapport diffusé.

* *Le féminin inclut le masculin.*

La santé sexuelle

et

la reproduction

La santé sexuelle et la reproduction

La périnatalité

D'importants débats stimulés par le mouvement des femmes et les colloques « Accoucher ou se faire accoucher », tenus en 1981, ont donné lieu à des remises en question majeures de certaines pratiques et ont amené les femmes à revendiquer des services de santé, de contraception, d'avortement et d'accouchement qui répondent à leurs besoins physiques et psychologiques[73].

L'état actuel des connaissances facilite l'établissement de liens entre les déterminants de la santé et la santé de la mère et de son nouveau-né[74]. C'est dans cette optique que le gouvernement du Québec a adopté, en 1993, une politique de périnatalité[75] qui privilégiait une approche globale en s'attaquant aux conséquences de la pauvreté sur la santé des femmes et de leurs enfants.

En 1994, le gouvernement fédéral a instauré le *Programme canadien de nutrition prénatale* (PCNP) et accorde, par l'entremise de ce programme, une aide financière aux organismes communautaires et aux établissements publics de santé et de services sociaux offrant des activités prénatales aux femmes enceintes exposées à des facteurs de risque tels que la pauvreté[76]. Dans la région, la majeure partie du financement du PCNP est actuellement affectée au programme OLO en CLSC, en complément au financement alloué par l'Agence.

En mars 1996, le Comité régional sur la périnatalité et la petite enfance déposait des recommandations sur l'organisation des services en périnatalité. Ces recommandations s'inscrivaient dans la foulée de la *Politique de périnatalité*. Le Comité régional et l'ensemble des partenaires concernés ont mis tous les efforts nécessaires à la concrétisation de ces recommandations.

Les services de périnatalité ont été améliorés de façon notable dans la région de Québec, qu'il s'agisse de l'harmonisation des rencontres prénatales, de l'implantation des cliniques de périnatalité, du programme OLO dans les CLSC, de la continuité des soins entre les centres hospitaliers et les CLSC, du soutien à l'allaitement ou de la valorisation du rôle du père.

Au Québec, les programmes intensifs de périnatalité *Naître égaux Grandir en santé* (NEGS) et le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP) sont reconnus comme des initiatives permettant de réduire les inégalités de santé et de bien-être. Dans la région, le programme NEGS est implanté de façon partielle et le PSJP est mis en œuvre sur tous les territoires de CLSC.

Parallèlement à ces programmes, les parents peuvent suivre des rencontres prénatales en CLSC. Le Programme-cadre des rencontres prénatales vise toutes les femmes enceintes plus

---

73 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique de périnatalité*. Québec, gouvernement du Québec, 1993.

74 Ginette PAQUET. *Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1989.

75 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Plan de consolidation des services*, op. cit., p. 26.

76 Santé Canada. *Programme d'action communautaire pour les enfants : volet nutrition prénatale, concepts du programme*. Ottawa, Santé Canada, 1995.

spécialement à l'occasion de leur première grossesse. À cet égard, une étude réalisée à Québec en 1997 révèle que parmi un échantillon de 367 femmes ayant accouché, le tiers d'entre elles (32 %) avaient suivi des cours prénataux[77]. En ce qui a trait aux différents programmes de périnatalité énumérés plus haut, un scénario similaire est constaté. Une étude a ainsi permis d'estimer qu'en 1999, 36 % de la population visée, soit 654 femmes de la région sur les 1 820 considérées comme pouvant bénéficier des services de périnatalité alors existants ne s'en est pas prévalue[78]. L'analyse des caractéristiques des mères ayant donné naissance au cours de l'année 2000 sur le territoire du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières s'accorde à cette conclusion : le tiers des mères qui auraient été admissibles aux services prénatals n'en ont pas fait la demande[79]. Ces données concordent également avec les résultats de l'évaluation des effets de la phase prénatale du programme NEGS[80].

Selon une étude réalisée conjointement par le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire et l'Université Laval, diverses raisons expliquent ces faibles taux d'utilisation des services de périnatalité, particulièrement chez les femmes de milieu défavorisé. La perception qu'a la mère des services sociaux et de santé, les réactions de son milieu, les préjugés sociaux et l'absence de facilités matérielles sont quelques-uns des obstacles qui freinent l'accès aux services de santé et sociaux offerts durant la période prénatale[81].

En ce qui concerne l'humanisation de la naissance, plusieurs femmes de la région sont désireuses d'accoucher en dehors des structures médicales habituelles et revendiquent l'accès aux services des sages-femmes. Les services offerts par ces dernières répondent à plusieurs revendications des femmes tant sur le plan des pratiques médicales que du lieu de naissance. À cet égard, le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit favoriser l'accessibilité à différents lieux de naissance pour les femmes suivies par les sages-femmes[82]. Le Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Portneuf-Québec-Charlevoix) a pour sa part souligné, dans un document synthèse sur les revendications des femmes, que l'accès aux services de sages-femmes ainsi que la possibilité d'accoucher à domicile doivent faire partie des priorités auxquelles des efforts supplémentaires devraient être consacrés.

Le *Plan de consolidation des services 1999-2002*[83] de l'Agence reconnaissait quant à lui que les efforts déjà entrepris pour rejoindre l'ensemble des femmes venant de milieux défavorisés devaient être maintenus, ce qui implique de favoriser la consolidation des services de périnatalité.

Les résultats de la consultation régionale effectuée en 2001 auprès de plusieurs organismes de la région ont permis également de confirmer les différents constats de la littérature voulant qu'un nombre important de femmes n'utilisent pas les services qui leur sont disponibles en période

---

77 Francine ALLARD et Danielle BOULARD. *Encourager l'engagement du père dans le programme des rencontres prénatales de la région de Québec*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, Québec, 2000.

78 Bilan OLO 1999-2000, cité dans : Patrick Villeneuve. *Étude sur le non-recours aux services prénatals*, Document de travail, Québec, 2003.

79 Daniel TURCOTTE et al. *La participation des femmes de milieu économiquement faible aux services prénatals : essai de modélisation*, Canadian Journal of Program Evaluation, 16, 1, p. 43-63.

80 G. BOYER et al. *Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux-Grandir en santé*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 2001.

81 Daniel TURCOTTE, Geneviève LESSARD et André BEAUDOIN. *La participation au programme de nutrition prénatale : le point de vue de participantes et d'intervenantes sur ses enjeux*, Centre de recherche sur les services communautaires, Les rapports du CRSC, vol. 1, Université Laval, Association des centres jeunesse du Québec, 1997, p. 23.

82 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin… à l'écoute de nos besoins*, op. cit.

83 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Plan de consolidation des services*, op. cit., p. 26.

prénatale. Le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire et le CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, en collaboration avec les CLSC de la région, ont obtenu récemment une subvention pour recueillir des données sur la faible utilisation des services prénatals par les femmes de milieu défavorisé. Par conséquent, le comité de suivi considérera les résultats de cette recherche afin de proposer des mesures qui collent à la réalité actuelle des femmes de la région, et les orientations retenues à la suite à la révision de la politique ministérielle de périnatalité présentement en cours.

Les groupes touchés par la périnatalité revendiquent depuis plusieurs années, pour la région, l'implantation d'une maison de naissance et l'accès aux services de sages-femmes. Dans le cadre des nouvelles orientations ministérielles, différents travaux sont actuellement en cours, dans la région, sur l'intégration des sages-femmes au milieu hospitalier et le comité de suivi sera grandement attentif à leur évolution.

Objectif général

Favoriser l'accessibilité aux différents programmes, ressources et approches en périnatalité.

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Intensifier l'information auprès des femmes enceintes désirant poursuivre leur grossesse sur les ressources existantes afin qu'elles puissent faire un choix éclairé en matière de périnatalité.	Mise à jour du répertoire des services en périnatalité. Diffusion du répertoire.	R : Agence. P : Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC.	Répertoire mis à jour et diffusé.
	Soutien d'activités d'information et de sensibilisation, et adaptation de celles-ci aux réalités particulières (ex. : femmes immigrantes).	R : Cliniques de périnatalité, CLSC, groupes de femmes. P : Organismes communautaires, Agence.	Nombre de femmes rejointes. Nombre d'activités soutenues et adaptées.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Promouvoir l'avancement des travaux visant l'intégration des sages-femmes et l'implantation d'une maison de naissance.	Participation aux différents comités.	R : Agence. P : CLSC, Hôpital Saint-François d'Assise, organismes communautaires, sages-femmes.	Participation aux travaux du comité. Implantation d'une maison de naissance.
Soutenir une offre de service adaptée aux besoins des femmes venant de milieux défavorisés afin d'augmenter l'utilisation de ces services.	Assurer la mise en œuvre et le suivi des services intégrés en périnatalité (OLO, NEGS, PSJP).	R : CLSC. P : Agence, organismes communautaires.	Nombre de femmes rejointes.
	À la suite des recommandations de l'étude du Centre jeunesse - Institut universitaire et du CLSC sur les services en périnatalité (rencontres prénatales, programme intégré), proposer des actions afin d'adapter l'offre de service à la réalité des femmes.	R : CLSC, Centre jeunesse - Institut universitaire. P : Organismes communautaires, clinique de périnatalité, Agence.	Actions proposées.

* *Le féminin inclut le masculin.*

VOLET RECHERCHE

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Poursuivre l'harmonisation des pratiques en périnatalité.	Poursuite des travaux du comité régional en périnatalité-petite enfance.	R Agence. P Partenaires impliqués.	Comité régional.

* *Le féminin inclut le masculin.*

La planification des naissances

Au Québec, des femmes se sont battues et luttent encore pour « des services de santé, de contraception, d'avortement, respectueux de leur santé[84] ». Le secteur de la reproduction a renforcé les principes féministes. Il a en outre soutenu l'autonomie des femmes puisqu'il a été le premier domaine d'intervention du mouvement pour la santé des femmes.

Depuis la mise en œuvre de la *Politique de planification des naissances* du gouvernement du Québec, en 1972[85], les besoins de la population en cette matière ont connu une évolution importante. Aux quatre volets déjà existants en planification des naissances, soit la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la stérilisation et l'infertilité, se sont ainsi ajoutés les services d'information et de prévention en santé sexuelle.

Les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, en 1995, privilégient une approche d'intervention basée sur la prévention et la promotion de la santé et du bien-être. Cette approche préconise des rapports égaux entre les hommes et les femmes se traduisant par des comportements sains et responsables. En ce qui concerne les adolescentes et les adolescents, le Ministère insiste sur la nécessaire responsabilité des garçons par rapport aux grossesses précoces ainsi que sur l'importance d'en partager les conséquences[86].

Au Québec comme ailleurs en Amérique du Nord, l'âge moyen au moment de la première relation sexuelle a diminué au cours des dernières décennies, tandis que le nombre de partenaires a augmenté. L'âge moyen des premières relations sexuelles est actuellement de 16 ans. Le contexte de multiplicité des partenaires dans lequel évolue une assez forte proportion de jeunes augmente les risques d'infections transmissibles sexuellement (ITS). En effet, 26 % des jeunes de moins de 30 ans du Québec affirment avoir eu plus d'un partenaire au cours de la dernière année, et les femmes semblent davantage négliger l'usage du condom avec des partenaires occasionnels[87].

La contraception demeure, tant dans la région qu'au Québec, un problème majeur. « En effet, les grossesses à l'adolescence sont majoritairement non désirées. D'ailleurs, on compte dans la région, pour la période 1996-1998, près de quatre IVG pour chaque naissance chez les filles de 14-17 ans », et en 1998, on comptait respectivement 7,5 % et 6,9 % de naissance chez les mères de moins de 20 ans sur les territoires de la Basse-Ville et de Limoilou – Vanier[88].

En dépit des campagnes d'information des dernières années, les habitudes des adolescentes en matière de contraception n'ont pas changé. « Les sondages mettent en évidence que les adolescentes, souvent plus vulnérables aux pressions sociales que les adolescents, sont plus fortement influencées et qu'elles sont marquées de façon plus significative par des effets négatifs[89]. » Selon différentes intervenantes, les adolescentes, de par leur peur de déplaire et de

---

84 Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux. *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes : cahier des revendications*, op. cit., p. 15.

85 Ministère des Affaires sociales. *Politique de planification des naissances*. Québec, gouvernement du Québec, 1972.

86 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes*. Québec, gouvernement du Québec, 1998, p. 21.

87 Conseil du statut de la femme. *Des nouvelles d'elles : Les jeunes femmes du Québec*, op. cit., p. 63.

88 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Le portrait de santé*, op. cit., p. 27.

89 Conseil du statut de la femme. *Des nouvelles d'elles : Les jeunes femmes du Québec*, op. cit., p. 63.

s'affirmer, semblent avoir des attitudes qui freinent l'acquisition de pratiques susceptibles de les protéger adéquatement. À ces causes s'ajoutent souvent l'absence de planification et la méconnaissance du fonctionnement du cycle menstruel[90].

Compte tenu de l'importance de diminuer les grossesses non planifiées, le ministère de la Santé et des Services sociaux entend contribuer à leur diminution dans une campagne de prévention des grossesses à l'adolescence en faisant la promotion de rapports sociaux égalitaires entre les hommes et les femmes[91].

Dans la région, le comité Québec-Centre sur la prévention de la grossesse à l'adolescence a été créé en 1998 pour concrétiser les différentes recommandations du Plan d'action régional en matière de planification des naissances. Un des objectifs retenus est d'implanter des interventions éducatives visant à renforcer, chez les adolescentes et adolescents, les habiletés affectives et sociales et la capacité de résolution de problèmes. À cet égard, un nouveau *Programme d'éducation sexuelle fondé sur le pouvoir d'agir et de réfléchir* (ESPAR) est présentement en cours d'implantation dans quatre écoles du centre-ville de Québec. Ce programme vise, entre autres, à ce que les jeunes de 1re et de 2e secondaire développent leurs connaissances, leur sens critique et leurs compétences en matière de sexualité.

Les informations recueillies au cours de la consultation régionale confirment l'importance d'agir auprès des jeunes filles et jeunes femmes afin de favoriser le développement de relations amoureuses égalitaires et de s'assurer qu'elles puissent recevoir des services de planification des naissances adaptés à leur réalité, c'est-à-dire disponibles dans le milieu scolaire. Pour ce faire, d'une part nous privilégions le développement d'activités ou de programmes de promotion déjà existants qui visent le développement de relations égalitaires ou le développement d'une sexualité saine. D'autre part, nous mettons en évidence la nécessité d'assurer un accès à une gamme de services dans les établissements scolaires des niveaux secondaire et collégial afin de répondre aux besoins particuliers des adolescentes et des jeunes femmes en matière de planification des naissances.

Selon le comité consultatif, un nouveau phénomène, qui a inspiré peu de commentaires au cours de la consultation régionale, n'en appelle pas moins une nécessaire réflexion : il s'agit de la sexualisation des jeunes filles. « Il s'agit d'une véritable sous-culture de sexe, qui s'élabore à l'intention des pré-adolescentes par l'entremise des instances culturelles auxquelles participent des revues, des sites Internet et des idoles féminines des groupes musicaux[92].» Selon les auteures de cette étude, les conséquences appréhendées de ce nouveau phénomène sont variées. Pour les filles, il risquerait d'entraîner entre autres plus de dépendance vis-à-vis des garçons et un possible recul sur le plan scolaire[93]. Le comité consultatif est donc sensible à cette nouvelle réalité et recommande qu'à l'intérieur du suivi du plan d'action en santé des femmes, une réflexion sur le phénomène soit entreprise.

---

90 Ibid. p. 64.
91 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 25.
92 Pierrette BOUCHARD, Natasha BOUCHARD. *« Miroir, Miroir... » La précocité provoquée de l'adolescence et ses effets sur la vulnérabilité des filles*, Les cahiers de recherche du GREMF, cahier 87, Québec, 3e trimestre, 2003, p. 7.
93 Ibid. p. 1.

Objectif général

Favoriser la réappropriation du pouvoir des femmes sur leur vie sexuelle et reproductive.

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Favoriser le développement de relations amoureuses égalitaires chez les adolescentes et les jeunes femmes.	Recenser les activités existantes.	R : Agence. P : CLSC, commissions scolaires, groupes de femmes.	Recension faite.
	Cibler les activités reconnues efficaces.	R : Agence. P : CLSC, commissions scolaires, groupes de femmes.	
	Soutenir des activités d'information et de sensibilisation en milieu scolaire et communautaire.	R : Commissions scolaires, groupes de femmes, organismes communautaires. P : Agence, CLSC.	Nombre d'activités soutenues.

* Le féminin inclut le masculin.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Informer les femmes notamment les jeunes femmes des services offerts en planification des naissances.	Constituer un répertoire des services offerts en matière d'avortement, de contraception, de stérilisation et d'infertilité par les établissements et les organismes de la région.	R : Agence. P : Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC, centres hospitaliers.	Production d'un répertoire.
	Diffusion du répertoire auprès des instances concernées.	R : CLSC, groupes de femmes, organismes communautaires, centre hospitaliers, cabinets de médecins.	Diffusi on du répertoire.
Assurer la poursuite de la mise en œuvre du plan d'action en planification des naissances.	Interpeller les différents partenaires touchés par ce dossier. Faire connaître les préoccupations du comité consultatif aux membres du comité sur la grossesse à l'adolescence. Dresser un inventaire des différents travaux en cours. Établir des priorités pour la région. Élaborer un échéancier.	R : Agence, Comité sur la grossesse à l'adolescence. P : CLSC, groupe de femmes, commissions scolaires, organismes communautaires.	Nombre de mesures concrétisées. Participation à différents travaux.
Consolider les actions qui ont été reconnues efficaces en prévention.	Recenser les programmes d'éducation sexuelle existants dans les écoles secondaires et primaires. À la suite des résultats de l'évaluation du programme ESPAR, proposer les mesures appropriées. Assurer la mise en œuvre du programme ESPAR.	R : Agence. P : CLSC, commissions scolaires.	Recension faite. Mesure proposée. Nombre d'écoles où le programme ESPAR est implanté.

* Le féminin inclut le masculin.

La ménopause

La ménopause est un phénomène naturel qui reste méconnu pour plusieurs femmes. Notre culture réfractaire au vieillissement et à ses effets influencerait les inconforts et les symptômes qu'elles ressentent durant cette période de profond changement. De plus, même si la ménopause relève d'un phénomène universel, les manifestations qui y sont rattachées ne sont pas ressenties de la même façon et avec la même intensité. La perception du vieillissement, le mode de vie, le régime alimentaire, l'activité physique, la gestion du stress peuvent teinter de leurs couleurs le processus de la ménopause[94].

En 1996, la région comptait 47 655 femmes âgées entre 45 et 54 ans[95]. Avec une espérance de vie de 85 ans, une femme canadienne vit en moyenne près de 35 années en postménopause[96]. Cette étape de l'existence peut entraîner des changements dans le mode de vie des femmes et par le fait même, de nombreux questionnements. À cet égard, la *Politique en matière de condition féminine* du gouvernement du Québec[97] reconnaît que la ménopause est une période qui exige des ajustements sur les plans physique, psychologique et social mais, encore aujourd'hui, plusieurs femmes restent trop souvent sans réponse à leurs questions. Ainsi, les solutions de remplacement à l'hormonothérapie sont peu connues des femmes et des médecins, et ces solutions ne semblent pas toujours proposées d'emblée à l'occasion d'une consultation médicale.

Selon la dernière enquête de Santé Québec, « quatre femmes sur cinq, âgées entre 45 et 65 ans, s'estiment en bonne ou excellente santé. Toutefois, durant cette période, on constate que les femmes consomment trois fois plus d'analgésiques, de vitamines et de tranquillisants. Ces résultats sont suffisamment importants pour que l'on se préoccupe particulièrement des conditions dans lesquelles les femmes vivent leur ménopause et mettent en lumière le peu de place accordée à la prévention[98] ».

Depuis une dizaine d'années, la ménopause fait l'objet d'une médicalisation croissante. Ce phénomène naturel est en somme devenu une source de malaise et est souvent considéré comme une « maladie » nécessitant un remède. Des praticiens peuvent conseiller aux femmes en bonne santé de recourir, durant la ménopause, au traitement hormonal de substitution (THS) en le leur présentant comme un moyen de prévention des maladies du cœur et de l'ostéoporose, et en laissant croire aux femmes qu'elles réduiraient ainsi les signes de vieillissement[99].

Cependant, des résultats préliminaires d'une récente étude sur le THS, entreprise par une agence fédérale américaine établissent un lien possible entre une prise prolongée d'hormones et le cancer du sein, la crise cardiaque et les accidents cérébraux vasculaires. Ces résultats préliminaires révélant que les risques associés à l'utilisation prolongée des œstrogènes combinés à la progestine sont largement plus élevés que les bienfaits pour la santé, ont entraîné

---

94 Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. *Si on parlait de ménopause autrement*. Sans préjudice... pour la santé des femmes, n° 11, automne 1996.

95 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 25.

96 Cécile MICHAUD. *Être une femme « ménopausée »*. Une véritable amie : santé globale et ménopause, vol. XX, n° 1, mars-avril 2003.

97 Secrétariat à la condition féminine. *Un avenir à partager : La Politique en matière de condition féminine*. Québec, gouvernement du Québec, 1993.

98 Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. *La ménopause*, grille thématique. Montréal, juillet 2001.

99 Kathleen O'GRADY et Barbara BOURRIER-LACROIX. *À qui la faute ?*, La Presse, 3 août 2002, p. A-15.

l'interruption de l'étude trois ans avant la date prévue[100]. Ces résultats de recherche ont semé le doute et ont eu des répercussions sur la pratique clinique. En outre, de nombreuses femmes ont cessé l'hormonothérapie et se sont tournées vers d'autres solutions sans forcément en connaître les avantages et les inconvénients, compte tenu que l'information n'est pas facilement accessible.

À cet égard, le ministère de la Santé et des Services sociaux vise à cerner le phénomène, du point de vue des femmes, de l'utilisation des médecines alternatives en comparaison avec les thérapies médicales, notamment en période de périménopause[101]. Dans la région, la création d'une chaire de recherche ayant comme principal objectif d'élaborer un programme d'enseignement sur les médecines alternatives pour les étudiantes en médecine facilitera le transfert des connaissances aux professionnelles concernées, entre autres.

La consultation régionale a mis en évidence le manque d'information disponible pour les femmes en période de préménopause, de périménopause ou de ménopause, et le comité consultatif a reconnu l'importance d'agir en soutenant des activités de sensibilisation et d'information favorisant une prise de décision éclairée quant aux choix qui s'offrent aux femmes.

---

[100] Ibid. p. A-15.

[101] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 43.

Objectif général

Améliorer les connaissances des femmes en période de ménopause

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Rendre accessible l'information sur l'hormonothérapie et les autres solutions possibles.	Recenser les activités et les organismes offrant de l'information sur la ménopause.	R : Agence. P : Cabinets de médecins, chaire de recherche André Chagnon, organismes communautaires, Centre ménopause Québec, groupes de femmes.	Recension faite.
	Assurer la diffusion de l'information auprès des intervenantes du réseau de la santé.	R : Agence. P : Organismes communautaires, Centre ménopause Québec, CLSC, groupes de femmes.	Information diffusée.
	Assurer la diffusion de l'information auprès des femmes.	R : Groupes de femmes, organismes communautaires, Centre ménopause Québec, CLSC.	Information diffusée.
	Soutenir des activités de sensibilisation.	R : Groupes de femmes, organismes communautaires, Centre ménopause Québec, CLSC. P : Agence.	Nombre de femmes rejointes.

* *Le féminin inclut le masculin.*

La santé sociale

La santé sociale

La santé sociale regroupe un ensemble de problème psychosociaux qui affectent autant les jeunes filles que les femmes adultes et les femmes âgées. Ces problèmes psychosociaux sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque. Des conditions telles que la pauvreté, l'isolement social, la violence conjugale et sexuelle, la faible scolarité s'ajoutent aux facteurs qui menacent l'épanouissement et l'équilibre des femmes. En raison de leur nature transversale, les problèmes psychosociaux sont nombreux et complexes. À cet égard, le comité consultatif, après avoir considéré les résultats de la consultation régionale, s'est assuré de proposer des mesures qui s'avéraient nécessaires. Ces mesures visent la pauvreté, les femmes âgées, les jeunes mères cheffes de famille monoparentale, les femmes des communautés ethnoculturelles, les femmes handicapées, les femmes victimes de violence : tous ces contextes et situations qui nous sont apparus comme des incontournables en santé sociale.

La pauvreté

La pauvreté est assurément un état qui se caractérise par un manque général de ressources correspondant lui-même à un ensemble de privations d'ordre matériel, social et culturel. « La pauvreté matérielle (avoir) compromet, entre autres, l'accès à un logement convenable, à une saine alimentation ou à un habillement adéquat. La pauvreté sociale (pouvoir) empêche les gens de jouer un rôle social valorisant. Elle est surtout associée à un déficit de participation à la vie collective : manque de soutien social, de liens d'entraide et de solidarité, anonymat, incapacité de surmonter les jugements réducteurs dus aux préjugés et aux sentiments d'infériorité. La pauvreté culturelle (savoir) éloigne les personnes du monde des connaissances et de la culture. Moins informées et moins instruites, les personnes pauvres effectuent plus difficilement les choix consistant à tirer la meilleure partie de leurs conditions de vie[102]. »

« La pauvreté persistante chez certains groupes, particulièrement chez les femmes, et ce, malgré la diversité des interventions gouvernementales entreprises jusqu'à présent et la vigueur actuelle de l'économie québécoise, témoigne de la nécessité d'actions visant l'amélioration de leurs conditions de vie sur le plan économique[103]. »

Au cours de la dernière décennie, le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de faible revenu s'est accru au Québec. Le taux de pauvreté des femmes, tous groupes d'âge confondus, est passé de 18,4 % en 1989 à 24,1 % en 1998[104]. Dans la région de Québec, en 1996, un peu plus d'une personne sur cinq (22,9 %) vivait sous le seuil de faible revenu ; si l'on ne considère que les femmes, c'est le quart d'entre elles qui se retrouvait dans cette situation[105]. En outre, près de trois fois plus de femmes que d'hommes (12,1 % contre 4,5 %) ne touchaient aucun revenu ; pour celles qui touchaient un revenu, celui-ci se concentrait davantage dans la catégorie de moins

---

102. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action*, Comité ministériel sur la réduction des inégalités, Québec, gouvernement du Québec, décembre 2002.
103. Secrétariat à la condition féminine. *Programme d'action 2000-2003 : L'égalité pour toutes les Québécoises*, op. cit., p. 61.
104. Conseil du statut de la femme. *Pour que le développement du Québec soit inclusif : Commentaires sur les orientations gouvernementales en matière de lutte contre la pauvreté*, Québec, gouvernement du Québec, 2001, p. 17.
105. Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 65.

de 10 000 $, suivie de celle de 10 000 $ à 19 999 $. Bien que les revenus soient généralement moins élevés en milieu rural, certaines parties de la ville de Québec regroupent de plus fortes proportions de personnes vivant sous le seuil de faible revenu. Ainsi, la moitié des femmes du territoire du CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier (50,2 %) sont dans cette situation ; elles sont suivies, loin derrière, par celles du territoire Haute-Ville-des-Rivières avec 28,3 %[106].

L'itinérance chez les femmes est un phénomène qui semble prendre de l'importance, notamment dans la région de la Capitale-Nationale. En effet, depuis quelques années, les femmes sont davantage présentes dans les rues. Les statistiques disponibles sur le sujet révèlent qu'environ 36,5 % des personnes itinérantes en 1996 étaient des femmes[107]. « Ce sont des femmes plus jeunes que les hommes itinérants. Elles ont moins eu accès au marché du travail, elles ont des enfants et beaucoup ont vécu des épisodes de violence conjugale ou l'inceste. Le problème d'accès au logement subventionné, la désinstitutionnalisation, le fait d'être monoparentale, l'isolement social sont des facteurs contribuant à l'itinérance des femmes[108]. » Ces femmes préfèrent généralement les services d'hébergement exclusivement réservés à la population féminine.

Au cours des dernières années, l'Agence a investi une somme importante afin de concrétiser le plan d'action de lutte à la pauvreté et à ses conséquences. Les mesures financées s'adressaient principalement aux familles monoparentales, et plus particulièrement aux femmes à faible revenu. La majorité des activités s'inscrivaient dans la perspective de contrer l'isolement social et portaient surtout sur les cuisines collectives, la réponse aux besoins de base (comptoirs alimentaires, vêtements, recherche de logement), le parrainage, les services-conseils (aide à la planification budgétaire) et le répit-dépannage.

La nature transversale de la pauvreté a amené le comité consultatif à proposer des actions qui mettent à contribution différents partenaires. À cet égard, le comité consultatif recommande de donner suite aux recommandations du Conseil du statut de la femme préconisant que « le CRCDQ, l'Agence et le ministère de l'Emploi et de la Famille poursuivent leurs démarches pour documenter, de la façon la plus exhaustive possible, la question des inégalités sociales et de la pauvreté en faisant ressortir comment les différentes composantes de ce phénomène s'amplifient du fait de leur interaction et du sexe des personnes touchées[109] ».

Le comité de suivi entend également suivre l'évolution des mesures retenues dans le *Plan d'action communautaire sur l'itinérance de Québec* en s'associant aux divers travaux présentement en cours.

---

106 Ibid. p. 67-68.

107 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 43.

108 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 18.

109 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 130.

Objectif général

Considérer la réalité féminine dans les différents travaux régionaux en matière de pauvreté.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Participer à la mise en œuvre des recommandations du Conseil du statut de la femme.	Participation aux différents travaux visant l'atteinte de l'objectif.	R : Agence. P : MESSF, CRCDQ.	Participation aux travaux.
Élaborer des stratégies adaptées à la réalité féminine en ce qui a trait à l'itinérance.	Participation aux différents travaux du comité aviseur IPAC-Itinérance de la région de Québec.	R : Agence. P : Regroupement d'aide aux itinérantes et itinérants de la région de Québec, comité aviseur IPAC-Itinérance région de Québec.	Prise en compte de la réalité féminine.
Prendre en compte la réalité des femmes pauvres dans le plan d'action régional.	Adaptation du plan d'action régional de lutte contre la pauvreté à la réalité des femmes.	R : Agence. P : Organismes visés par la pauvreté.	Plan d'action adopté.

* *Le féminin inclut le masculin.*

Les femmes âgées

« Le monde des personnes âgées est un monde largement féminin : en effet, plus les femmes avancent en âge, plus leur proportion est importante. Cette situation reflète l'espérance de vie plus élevée des femmes, 81,5 ans comparativement à 75,2 ans chez les hommes[110]. »

En 1996, dans la région de Québec, 63,3 % des personnes de 65 ans ou plus sont des femmes. Cette présence féminine est particulièrement importante sur les territoires de CLSC-CHSLD Sainte-Foy–Sillery–Laurentien, Haute-Ville-des-Rivières et surtout, Basse-Ville–Limoilou–Vanier[111]. Le rapport de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux de Québec* (Commission Clair) montre que d'ici 2021, « la population des 65-74 ans augmentera d'un peu plus de 80 %, celle des 75-84 ans, d'environ 90 % et celle des 85 ans et plus, d'au-delà de 150 %[112]. »

En 1994, pour l'ensemble du Québec, près des trois quarts des femmes de 65 ans ou plus disposaient d'un revenu annuel inférieur à 15 000 $, comparativement à 46 % des hommes. La région de la Capitale-Nationale n'échappe vraisemblablement pas à la règle puisqu'en 1999, les femmes de 65 ans ou plus sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à recourir au supplément de revenu garanti (51,5 % comparativement à 38,4 %[113]) ». L'insuffisance de revenus peut représenter, pour les aînées, un obstacle supplémentaire pour accéder aux ressources et à une vie sociale satisfaisante : des éléments pourtant indispensables à la préservation de la santé physique et mentale.

Les femmes doivent s'attendre à passer un peu plus de 13 années, soit 15 % de leur vie, avec une incapacité. Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, ces incapacités sont causées dans un ordre décroissant par les problèmes ostéo-articulaires, cardiovasculaires, respiratoires, les traumatismes, les troubles mentaux et autres. Paradoxalement, l'espérance de vie des personnes âgées s'améliore mais les maladies (chroniques et dégénératives) associées au vieillissement sont en hausse. Les personnes vivent plus longtemps mais avec davantage de problèmes de santé.

Par ailleurs, plus les femmes vieillissent, plus elles se retrouvent seules, car non seulement leur espérance de vie est supérieure mais leur conjoint, souvent plus âgé qu'elles, décède donc souvent avant elles[114]. Le décès du conjoint est la principale source de stress pour les femmes âgées, suivi de la maladie ou du décès d'un proche. Au Québec, le tiers des femmes âgées considèrent leur vie comme étant plutôt ou très stressante. Paradoxalement, les femmes âgées sont celles chez qui le niveau de détresse psychologique est le plus bas. Cependant, leur consommation de tranquillisants est inquiétante compte tenu que 22 % des femmes de 65 ans ou plus en consomment. Plusieurs chercheuses ont émis l'hypothèse que cette consommation de tranquillisants pourrait expliquer le bas niveau de détresse psychologique[115].

---

110 Conseil du statut de la femme. *Des nouvelles d'elles : Les femmes âgées du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 1999, p. 6.

111 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 28.

112 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin : à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 21.

113 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 28.

114 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Une réalité à découvrir : État de situation sur la situation des femmes de la région de Québec*, recherche et rédaction : Josette Tardif, Québec, 2000.

115 Conseil du statut de la femme. *Des nouvelles d'elles : les femmes âgées du Québec*, op. cit., p. 20.

L'abus et la négligence envers les personnes âgées sont en outre des problèmes qui retiennent de plus en plus l'attention. Ces problèmes toucheraient environ 4 % des personnes âgées vivant au sein d'un ménage ou vivant seules, et entre 8 % et 13 % des bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs facteurs liés au contexte socioéconomique ou à la famille sont causes de situations d'abus[116].

« Même si les femmes ont une espérance de vie plus longue, cela ne signifie pas pour autant qu'elles vivent dans de meilleures conditions de vie. Leur incapacité et leur milieu de vie ont un impact direct sur l'évolution de leur santé et de leur bien-être. Pourtant, nous connaissons peu les diverses conditions de vie des femmes pendant le processus de vieillissement[117]. » De plus, une bonne proportion d'entre elles deviennent, en raison de leur longévité, des aidantes de proches plus affectées qu'elles par la maladie et les limitations.

Dans sa dernière stratégie en condition féminine, le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit intégrer les différences entre les femmes et les hommes âgés à ses travaux sur les services offerts aux personnes âgés en perte d'autonomie et se rapportant à l'intégration des services, à l'accès à la gamme de services, à la qualité et à l'évolution des pratiques, aux interventions ainsi qu'aux milieux[118].

À la lumière des différents éléments de contexte et des informations recueillies au cours de la consultation régionale, le comité consultatif recommande de donner suite à la recommandation du Conseil du statut de la femme de dresser « un portrait des personnes de 65 ans et plus en prenant le soin de distinguer la réalité des femmes et des hommes et des différents groupes d'âge[119] ». Il nous apparaît en effet important de présenter un portrait qualitatif des femmes âgées de la région afin d'ajuster l'offre de service qui leur est destinée.

Il est également à noter que, dans le présent plan d'action, les femmes âgées sont visées par certaines actions des volets de santé mentale et de santé sociale.

---

116 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012*, op. cit., p. 38.
117 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin : à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 21.
118 Ibid. p. 22.
119 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 130.

Objectif général

Accroître les connaissances sur la réalité des femmes âgées.

VOLET RECHERCHE

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Collecter des données sur la situation des femmes âgées particulièrement celles vivant dans un contexte de pauvreté.	Recension des écrits sur la situation des femmes âgées particulièrement celles vivant dans un contexte de pauvreté. Diffusion du rapport de recherche auprès des instances concernées.	R : Agence. P : Table régionale des aîné(e)s du CRCDQ, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés, organismes communautaires, CLSC, groupes de femmes.	Rapport de recherche. Diffusion du rapport.

* *Le féminin inclut le masculin.*

Les jeunes mères cheffes de famille monoparentale

Bien que les conséquences à long terme d'une maternité à l'adolescence ne soient pas les mêmes chez toutes les jeunes mères, la plupart d'entre elles devront affronter un certain nombre d'obstacles, entre autres d'ordre socioéconomique. Plusieurs jeunes filles qui deviennent mères au cours de leurs études secondaires quittent l'école durant leur grossesse ou ne poursuivent pas leurs études après l'accouchement. En délaissant leur projet scolaire, les jeunes mères risquent de s'engager dans une deuxième maternité, de souffrir d'isolement et, compte tenu des responsabilités familiales qui sont désormais les leurs, de devoir faire face à de sérieuses difficultés lorsqu'elles voudront obtenir et conserver un emploi offrant des conditions de travail et de salaire suffisamment intéressantes. L'aide de dernier recours devient, pour nombre de mères mineures, le seul moyen de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur(s) enfant(s)[120].

La plupart des recherches et analyses démontrent que deux facteurs sont étroitement liés à la pauvreté : la monoparentalité et l'isolement. Au Québec comme au Canada, la pauvreté des femmes responsables d'une famille monoparentale, dont un enfant est mineur, ne diminue pas ; près de 60 % de ces familles sont pauvres. Par ailleurs, plus la mère est jeune, plus cette proportion s'accroît : 97 % des familles monoparentales sont pauvres lorsque les femmes ont moins de 30 ans[121].

En 2002, le projet "*Femmes en mouvement* " visait à ce que les différents acteurs de la Capitale-Nationale se rallient autour d'un objectif principal, soit celui consistant à favoriser et à faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des mères cheffes de famille monoparentale prestataires de la sécurité du revenu. Un des premiers mandats du projet était de recueillir de l'information sur les besoins particuliers de ces femmes. Selon les données recueillies, près de 5 000 femmes prestataires du programme d'assistance-emploi ont actuellement le statut de cheffes de famille monoparentale dans la région. Plus de 43 % d'entre elles reçoivent des prestations depuis plus de cinq ans[122]. Les principaux obstacles pour les femmes cheffes de famille monoparentale sont la participation au marché du travail ou leur accès à la formation, compte tenu des responsabilités importantes reliées à la monoparentalité. De nombreuses recommandations ont été faites, entre autres à Emploi-Québec, afin d'adapter les services offerts à la réalité des cheffes de famille monoparentale.

Toujours dans la région de la Capitale-Nationale, une entente en matière de condition féminine devrait être signée sous peu entre différents partenaires de la région afin de favoriser la participation des femmes au développement économique. L'objectif principal de cette entente est d'augmenter l'accès à la formation qualifiante et la poursuite des études chez les catégories de femmes plus vulnérables sur le plan professionnel. Cette entente s'accorde à l'un des objectifs retenus dans la dernière politique en condition féminine, qui est de soutenir la jeune mère dans son intégration sociale, scolaire et professionnelle[123].

---

120. Secrétariat à la condition féminine. *Programme d'action 2000-2003 : L'égalité pour toutes les québécoises*, op. cit.
121. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin : à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 17.
122. Nathalie SÉGUIN. *Recension des besoins et obstacles reliés à la réinsertion socioprofessionnelle de la clientèle femmes monoparentales et prestataires d'assistance-emploi : projet femmes en mouvement*, Québec, 2002.
123. Secrétariat à la condition féminine. *Programme d'action 2000-2003 : L'égalité pour toutes les Québécoises*, op. cit., *p. 23*.

La consultation régionale a mis en lumière l'importance d'accorder un soutien intensif aux mères cheffes de famille monoparentale vivant dans un contexte de pauvreté, afin que ces dernières puissent développer les aptitudes nécessaires à la réalisation d'un projet de vie. Aussi, le présent plan d'action contient des actions davantage orientées vers la concertation, afin d'arrimer celles-ci avec les différents partenaires touchés par la problématique de la pauvreté. À cet égard, une attention particulière sera apportée aux pistes d'actions recommandées par le projet "*Femmes en mouvement* " et à leur concrétisation.

Objectif général

Accompagner et soutenir les jeunes cheffes de famille monoparentale dans leur intégration sociale.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Favoriser le développement et la réalisation d'un projet de vie pour les jeunes cheffes de famille monoparentale.	Recenser les services ou programmes offerts aux cheffes de famille monoparentale voulant réintégrer le marché du travail ou les études.	R : Emploi-Québec, CLE P : Organismes communautaires	Recension réalisée
	Revoir les pistes d'actions proposées par le projet "Femmes en mouvement" et prioriser certaines actions.	R : Emploi-Québec, CLE	Actions priorisées.
	Faire connaître aux responsables de programme Famille-enfance-jeunesse (FEJ) en CLSC l'existence de ces mesures et des pistes d'actions.	R : Emploi-Québec, CLE P : Agence, CLSC	Rencontre d'information
	Renforcer les mécanismes de suivi et d'orientation entre les CLSC et les CLE.	R : Emploi-Québec, CLE, CLSC P : Organismes communautaires, Agence	Augmentation du nombre de suivis CLSC-CLE
	Diffusion de l'information auprès de la clientèle concernée.	R : Emploi-Québec, CLE, CLSC P : Organismes communautaires	Nombre de femmes ayant accès à des mesures de soutien
	Participation aux travaux du comité de gestion et du comité consultatif de l'entente en matière de condition féminine du CRCDQ	R : CRCDQ P : Agence et autres partenaires.	Participation aux travaux.

* *Le féminin inclut le masculin.*

La santé des lesbiennes

Bien que la reconnaissance légale et sociale des personnes homosexuelles ait franchi des pas considérables au Québec, la réalité des femmes lesbiennes reste occultée[124]. Malgré les orientations ministérielles de 1997[125] et malgré la reconnaissance de l'orientation sexuelle au nombre des déterminants de la santé, la principale entrave au bien-être des lesbiennes est l'attitude empreinte de préjugés et d'ignorance de certaines professionnelles de la santé qui fait ainsi obstacle à la qualité de l'accès aux services de santé et aux services sociaux[126].

L'*Enquête sociale et de santé 1998*, première étude au Québec à poser des questions sur l'orientation sexuelle, a confirmé l'importance d'accorder une attention particulière à la population homosexuelle, et par le fait même reconnu que ces personnes éprouvent des difficultés particulières liées à leur orientation sexuelle, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité aux services sociaux et de santé[127].

Si les femmes lesbiennes ont des problèmes de santé pour une bonne part similaires à ceux des femmes hétérosexuelles, leurs relations aux services de santé sont par contre différentes. Une recension de la littérature sur le sujet[128] démontre que les lesbiennes et les bisexuelles consultent moins que les hétérosexuelles. Une des raisons à l'origine de cette attitude est la peur du rejet par les professionnelles de la santé[129]. L'information qui circule sur l'orientation sexuelle et l'homophobie est surtout centrée sur la question du sida alors que la réalité des lesbiennes est peu touchée. Le silence entourant leur condition rend difficile la détermination de tous les problèmes auxquels elles peuvent devoir faire face tels que des difficultés d'ordre social (isolement, rejet, etc.) et psychologique (non-acceptation de soi, solitude, stress, etc.) d'où découlent des troubles de santé physique (nervosité, fatigue, anxiété, dépression, surconsommation de médicaments, etc.).[130]

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux finance un programme de formation sur l'homosexualité. Ce programme inclut des volets de sensibilisation et d'intervention. Dans la région, environ 350 intervenants et intervenantes de différents milieux ont suivi la formation. Or, la majorité de ces personnes ont participé uniquement à la formation de sensibilisation ; en outre, certaines catégories de professionnelles, par exemple les médecins, les infirmières, les policières, les gestionnaires, les professeures de même que le personnel non enseignant, ont été peu rejointes par la formation visant à accroître leur compétence en intervention.

---

124 Ibid. p. 16.

125 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles – L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*. Québec, gouvernement du Québec, 1997.

126 Ibid. p. 17.

127 Isabelle MIMEAULT. *Adaptation des services sociaux et des services de santé au besoin des lesbiennes*. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. Sans préjudice... pour la santé des femmes, n° 29, hiver 2003, p. 11.

128 M. CLERMONT. *Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention*, coll. "Études et analyses", n° 26, 1996, p. 56.

129 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles – L'adaptation des services sociaux aux réalités homosexuelles*, op. cit., p. 21.

130 Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. *La santé des lesbiennes, la santé de l'invisible*. Sans préjudice... pour la santé des femmes, n° 16, Québec, automne 1998.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a de plus reconnu, dans ses orientations en santé et bien-être des femmes, l'importance d'examiner les résultats des recherches sur la santé des femmes lesbiennes afin d'en dégager des pistes d'intervention[131]. Par ailleurs, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes a publié en 2003 un rapport de recherche sur les services sociaux et de santé accessibles aux femmes lesbiennes et propose au Ministère différentes recommandations qui serviront de référence au comité ministériel sur la santé des lesbiennes[132].

Les informations recueillies au cours de la consultation régionale confirment l'importance d'une approche globale dans l'intervention considérant que les lesbiennes ont beaucoup de réticence à consulter les services de santé compte tenu des préjugés qu'elles subissent et de la méconnaissance de leur réalité. Étant donné que l'utilisation des services constitue un déterminant de la santé important, nous recommandons, d'une part, que les sessions de formation offertes par le ministère de la Santé et des Services sociaux soient davantage orientées vers les médecins, et d'autre part, que des ajustements soient apportés aux contenus des cours universitaires en service social, en médecine, en sciences infirmières, en psychologie et en sexualité humaine afin que la prochaine génération de professionnelles de la santé et des services sociaux soit davantage sensibilisée à cette réalité.

---

131 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Au féminin : à l'écoute de nos besoins*, op. cit.

132 Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Pour le dire : rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, recherche et rédaction : Isabelle MIMEAULT, Québec, mai 2003.

Objectif général

Améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux aux femmes lesbiennes.

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Sensibiliser et former les intervenantes à la réalité des lesbiennes.	Intégrer des notions sur la santé des lesbiennes à certains cours des niveaux universitaire et collégial.	R : Université Laval, ministère de l'Éducation du Québec, cégeps.	Modifications aux programmes universitaires et collégiaux.
	S'assurer que les professionnelles non rejointes par les formations offertes dans le passé le soient.	R : Ministère de la Santé et des Services sociaux. P : Agence, cabinets de médecins, CLSC.	Formations offertes.

* Le féminin inclut le masculin.

Les femmes des communautés ethnoculturelles

Au cours des dernières années, la population québécoise s'est de plus en plus diversifiée sur les plans culturel et ethnique[133]. L'arrivée de personnes originaires de pays dont la culture nous est souvent inconnue pose un défi de taille au système de santé, et le défi est encore plus important lorsque ces nouveaux arrivants vivent dans des conditions socioéconomiques précaires.

Au Canada, l'immigration a contribué pour près de 26 % à la croissance du pays durant les quarante dernières années[134]. En 1996, la région de Québec comptait 7 870 femmes immigrantes, qui représentaient 2,4 % de toute la population féminine. Un peu plus de la moitié de ces femmes font partie de la population active (51,5 %), mais seulement 41,7 % occupaient un emploi. Ces proportions sont nettement moins élevées que celles constatées chez les hommes immigrants (avec respectivement 71 % et 59,7 %) et chez l'ensemble de la population féminine de la région (55,3 % et 49,2 %[135]).

Des études récentes révèlent que les questions relatives à la santé mentale des immigrantes, des réfugiées et des demandeures d'asile comportent de fortes dimensions sociales. Ces études démontrent l'importance de diminuer l'isolement social par la mise en place de centres pour femmes immigrantes, de réseaux d'entraide et de programmes de mentorat, de langues et d'emplois, d'autant que briser l'isolement constitue une question stratégique fondamentale en matière de santé mentale[136]. Selon une étude réalisée auprès des communautés culturelles en 1998-1999 par l'Institut de la statistique du Québec, il appert que les femmes appartenant à ces communautés adoptent moins que les femmes québécoises des comportements préventifs visant le dépistage du cancer du sein et du cancer de l'utérus comme la mammographie, l'examen clinique des seins et le test PAP[137]. La recherche démontre que les femmes des communautés ethnoculturelles ont besoin d'approches de promotion de la santé et de prévention de la maladie qui soient mieux adaptées culturellement. Dans ce contexte, les services préventifs et les stratégies de promotion de la santé deviennent des outils tout indiqués pour favoriser le maintien d'un bon état de santé chez cette clientèle.

La sensibilisation en santé des femmes des communautés ethnoculturelles fait par ailleurs partie des préoccupations du Centre international des femmes, Québec, (CIFQ) qui a déjà développé, en collaboration avec Santé Canada, entre autres, un outil de prévention du cancer du sein auprès de ladite clientèle.

Dans ses dernières orientations en matière de condition féminine, le ministère de la Santé et des Services sociaux souligne l'importance de se pencher sur la réalité des différentes communautés ethnoculturelles afin de s'ajuster pour mieux répondre aux besoins des femmes immigrantes, et

---

133 Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI). *Notes d'allocution pour M. Jean-Claude Delorme*, gouvernement du Québec, Direction des relations civiques et interculturelles, 19 mars 2003.

134 B. VISSANDJÉE, P. CARIGNAN, S. GRAVEL et N. LEDUC. *Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec*, Rev. Epidem. et Sante Publ., vol. 46, no 2, 1998, p. 124-133.

135 Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI). *Portrait statistique de la population immigrée, 1996 : Québec, région de la Capitale Nationale et région métropolitaine recensement de Québec, Recensement de 1996 : données ethnoculturelles*, Collection Études, recherches et statistiques, n° 5, p. 17 et 84. Consulté sur le site : www.mrci.gouv.qc.ca.

136 Centre d'excellence pour la santé des femmes. *Améliorer les politiques et la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées au Canada*, consulté sur le site : www.cewh-cheid.ca/fr/ressources/sante_mntal/immigration-fr.html.

137 Institut de la statistique du Québec. *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 - Faits saillants, Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ?*, Collection de la santé et du bien-être, Québec, gouvernement du Québec, 2002.

québécoises, qui en sont issues[138]. Il révèle également l'importance de prendre en compte les diverses situations vécues par les femmes des communautés ethnoculturelles au moment de l'élaboration des politiques, orientations et programmes.

Le contexte d'immigration, décrit plus haut, modifie la réalité sociodémographique et nécessite une révision continuelle des programmes en santé et services sociaux pour les rendre plus accessibles aux communautés ethnoculturelles. L'intervention auprès des personnes immigrantes doit ainsi tenir compte du contexte migratoire et des spécificités de ces personnes, ce qui suppose que l'intervenante, à tous les échelons du système de santé, doit développer des compétences dans le domaine interculturel tout en étant informée de l'existence des services d'interprétariat de la Banque régionale des interprètes linguistiques et culturels (BRILC)[139] pour répondre aux besoins des allophones. Étant donné ce contexte, l'Agence a reconnu, dans son *Plan de consolidation des services 1999-2002*, l'importance de réduire les barrières et les limites à l'accessibilité aux services en soutenant les activités d'interprétariat de la BRILC et du CIFQ.

La consultation régionale de 2001 a fait ressortir un important besoin de formation et de sensibilisation chez les intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, le présent plan d'action propose des objectifs favorisant l'amélioration des connaissances des femmes des communautés ethnoculturelles sur les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des sessions de formation qui permettront aux professionnelles d'acquérir les connaissances nécessaires à l'intervention en milieu interculturel.

Pour accroître l'accessibilité aux services de santé, il faut améliorer la compétence en contexte interculturel, éliminer les obstacles linguistiques et proposer des stratégies d'information susceptibles de rejoindre les femmes immigrantes. Le CIFQ a pour sa part pris l'initiative, depuis les deux dernières années, d'inviter les professionnelles et les intervenantes en santé et services sociaux afin de les familiariser au travail avec un interprète dans un contexte interculturel.

Par ailleurs, dans le cadre de la formation réseau, des activités de sensibilisation seront offertes en 2004 aux gestionnaires et aux membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux de la région. Ces activités ont pour objectif de sensibiliser les décideurs aux exigences des pratiques cliniques auprès des personnes immigrantes et réfugiées afin d'adapter l'organisation des soins et des services aux besoins de cette clientèle. Ces activités de sensibilisation alimenteront le contenu des formations prévues dans ce plan d'action.

---

[138] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 15.
[139] La BRILC est l'un des services offerts par le Centre international des femmes, Québec (CIFQ).

Objectif général

Améliorer la qualité des services offerts aux femmes des communautés ethnoculturelles.

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Former les professionnelles du réseau de la santé et des services sociaux à l'intervention en contexte interculturel et les informer des ressources existantes.	Recenser les formations offertes au cours des dernières années.	R : Agence. P : Organismes communautaires, CLSC, MRCI.	Recension faite.
	Déterminer les besoins en formation.	R : Organismes communautaires, CLSC. P : Agence.	Besoins déterminés.
	Élaborer un contenu de formation.	R : Centre international des femmes, organismes communautaires. P : Agence, CLSC.	Existence d'un contenu de formation adaptée.
	Répertorier les ressources existantes et les faire connaître aux intervenantes concernées.	R : Agence. P : Organismes communautaires, CLSC, Centre international des femmes.	
Sensibiliser les intervenantes à l'importance du rôle des interprètes auprès des allophones.	Soutien d'activités de sensibilisation pour le personnel du réseau et du communautaire.	R : Centre international des femmes, organismes communautaires. P : Agence, CLSC.	Nombre d'activités de sensibilisation faites.
Informer les femmes sur les diverses ressources en santé et services sociaux.	Mettre à jour le bottin sur les services destinés aux femmes des communautés ethnoculturelles (CIFQ, 1984). Diffuser le bottin.	R : Agence, Centre international des femmes, Maison d'hébergement pour femmes immigrantes. P : Organismes communautaires, MRCI.	Mise à jour et diffusion d'un bottin de ressources.
	Soutenir des activités de sensibilisation auprès des femmes des communautés ethnoculturelles.	R : Centre international des femmes, organismes communautaires. P : Agence, CLSC.	Nombre d'activités soutenues.

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Former les professionnelles aux réalités et conséquences du stress post-traumatique chez les femmes immigrantes spécialement les réfugiées.	Élaborer un contenu de formation en collaboration avec des équipes universitaires.	R : Université Laval P : Centre international des femmes, organismes communautaires, Agence, CLSC	Contenu de formation.
	Former le personnel du réseau de la santé et du communautaire concerné.	R : Agence P : Organismes communautaires, CLSC.	Nombre de formations offertes. Nombre de personnes formées.

VOLET RECHERCHE

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Accroître la connaissance sur les femmes des communautés ethnoculturelles.	Élaborer un portrait de la situation des femmes dans les différentes communautés. Diffuser le rapport auprès des instances concernées.	R : Université Laval, Centre international des femmes. P : Organismes communautaires, Agence, MRCI, CLSC.	Rapport de recherche réalisé et diffusé.

* *Le féminin inclut le masculin.*

Les femmes handicapées

En 2000, l'Office des personnes handicapées du Québec estime que la région de la Capitale-Nationale regroupe 89 500 personnes ayant une incapacité, dont 55,5 % sont des femmes. Il convient de souligner que 22 % d'entre elles ont un enfant à la maison[140].

« Alors que 43,7 % des femmes handicapées de la région ont entre 15 et 64 ans et sont donc en âge d'être dans la population active, selon les données du recensement de 1996, seulement 11,2 % d'entre elles étaient effectivement en emploi, comparativement à 21,7 % des hommes avec incapacités, à 52,7 % des femmes sans incapacité[141]. » Outre des problèmes d'intégration au travail, les femmes ayant un handicap ont une situation économique des plus difficiles. À titre d'exemple, 48 % d'entre elles vivaient sous le seuil de faible revenu en 1996, soit une proportion supérieure aux hommes avec incapacité (42,4 %) et aux femmes sans incapacité (23,6 %)[142]. La situation économique précaire que connaisse une bonne proportion de personnes handicapées, et encore plus particulièrement les femmes handicapées, constitue sans contredit un obstacle de taille à leur participation sociale et à leur sécurité alimentaire et matérielle.

Les femmes handicapées sont vulnérables à toutes les étapes de leur vie parce qu'elles sont des femmes et qu'elles sont handicapées[143]. Les attitudes sociales à l'égard des femmes handicapées sont sans doute un facteur important pour expliquer leur vulnérabilité accrue à la violence et leurs difficultés à éviter les mauvais traitements ou à les dénoncer.

La reconnaissance des droits des femmes handicapées accuse quelques années de retard comparativement aux droits des femmes en général. Ce déséquilibre est le produit d'un phénomène de déconsidération sociale envers les femmes handicapées. Il contribue à laisser dans l'ombre le fait qu'elles sont des femmes à part entière qui peuvent éprouver des difficultés particulières nécessitant des services mieux adaptés à leur condition de vie. À cet égard, la dernière stratégie en santé des femmes du ministère de la Santé et des Services sociaux recommande aux instances concernées de prendre en compte les besoins des femmes atteintes d'une déficience physique, d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, en matière de violence, de périnatalité et de planification des naissances[144].

Au cours de la consultation régionale, les femmes handicapées ont mis en évidence deux objets d'insatisfaction à l'égard des services de santé et des services sociaux. D'une part, elles disent mal connaître l'ensemble des services qui leur sont accessibles (pour les femmes en fauteuil roulant ou pour les femmes sourdes) ; d'autre part, elles déplorent la méconnaissance des professionnelles de la santé quant à leur réalité, particulièrement en matière de sexualité, de planification des naissances et de violence.

---

140 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 38.
141 Ibid. p. 39.
142 Ibid. p. 38.
143 Santé Canada. *La violence familiale à l'égard des femmes handicapées*. Centre national d'information sur la violence dans la famille. Ontario, 1993.
144 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin : à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p.16.

En raison de la rareté des études relatives aux besoins et à la réalité des femmes handicapées, le comité consultatif a reconnu l'importance de dresser un portrait qui fasse état des contraintes reliées à leur condition, notamment quant à l'accessibilité à certains services sociaux et de santé. La formation des professionnelles de la santé et des services sociaux semble également indispensable afin d'outiller les intervenantes à l'égard de la réalité des femmes ayant un handicap.

Objectif général

Offrir des services davantage adaptés aux besoins des femmes handicapées.

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
S'assurer que les femmes handicapées connaissent les services existants et accessibles à leur condition.	Élaborer des stratégies visant à rendre disponible aux femmes handicapées l'information sur les services de santé et leur accessibilité.	R : IRDPQ, OPHQ, Agence. P : Organismes communautaires, CLSC, pharmaciennes, cabinets de médecins.	Activités d'information.
Former les professionnelles du réseau afin d'adapter les pratiques professionnelles aux besoins et aux réalités des femmes handicapées.	Intégration d'un contenu de formation dans le plan triennal de formation de l'Agence.	R : Agence.	Formation intégrée au plan triennal.
	Formation du personnel du réseau de la santé et du milieu communautaire.	R : IRDPQ, CLSC. P : OPHQ, Agence, cabinets de médecins, organismes communautaires.	Nombre de personnes formées.

VOLET RECHERCHE

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Améliorer l'état des connaissances sur la réalité et les besoins des femmes handicapées.	État de situation sur la réalité des femmes handicapées. Diffusion des résultats de recherche auprès des instances concernées.	R : IRDPQ, OPHQ. P : CLSC, Université Laval, Agence.	Rapport de recherche réalisé et diffusé.

* *Le féminin inclut le masculin.*

La violence

Les liens entre la violence et la santé sont aujourd'hui largement reconnus et démontrés dans la littérature, et font l'objet d'engagements et d'interventions dans la majorité des organisations touchées par la santé des populations[145].

La violence à l'égard des femmes est une réalité universelle qui traduit des rapports de force historiquement inégaux entre les hommes et les femmes. Depuis plusieurs années, de nombreux praticiens et chercheurs en santé publique, un peu partout dans le monde, ont entrepris de mieux comprendre le phénomène de la violence et de trouver des moyens de prévention[146].

Les idées sur ce qui est acceptable et sur ce qui ne l'est pas, en matière de comportement, sont influencées par des facteurs culturels et sont constamment remises en question à mesure qu'évoluent les valeurs et les normes sociales. Les causes de la violence faite aux femmes dépassent donc le système économique dans lequel nous vivons et ne relèvent pas, non plus, de la faiblesse ou de la fragilité des femmes. L'ampleur, la fréquence et les différentes dimensions de la violence faite aux femmes sont des conséquences de l'inégalité entre les sexes inhérente à la structure même de nos sociétés[147].

La violence est un moyen de contrôle et de pouvoir qui consiste à se croire autorisé à imposer de force, par contrainte verbale ou physique, ses désirs et ses volontés. La violence existe en effet quand il y a mépris de l'autre et de ses désirs, quand il y a négation de son identité et de son égalité. Les personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées sont les plus susceptibles d'être touchées. La violence, en tant que moyen de contrôle, permet de perpétuer l'inégalité des rapports sociaux entre les femmes et les hommes[148].

Malgré l'évolution qu'a connue l'Occident au cours des dernières années en ce qui a trait à l'égalité entre les hommes et les femmes, la violence est encore omniprésente. « L'origine réelle du problème est souvent confondue avec les facteurs qui lui sont associés, par exemple l'alcool, la drogue, les difficultés personnelles ou économiques. Bien que ces facteurs puissent favoriser l'expression de la violence et qu'ils soient présents dans diverses situations, la violence conjugale trouve sa véritable source dans les rapports de domination et d'inégalité entre les sexes[149]. »

La dépendance de certaines femmes à l'égard de leur conjoint accroît leur vulnérabilité à la violence. On constate que parmi les déterminants associés à la santé et à la violence, plusieurs sont communs, comme le sexe, l'âge, les habitudes de vie, l'isolement, la pauvreté, etc. L'interaction entre certains déterminants communs à la violence et à la santé peut s'avérer particulièrement complexe. L'isolement est un des facteurs qui illustrent bien la complexité de

---

145 Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. *Femmes, violence et santé : une interrelation à comprendre*, Sans préjudice... pour la santé des femmes, n° 21, printemps 2000, p. 1-3.

146 Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.

147 Marche mondiale des femmes. *Cahier des revendications mondiales : Éliminer la violence faite aux femmes*, consulté sur le site www.lamarchedesfemmes.qc.ca/marche2000/fr/cahier_c_03.html.

148 Conseil du statut de la femme. *Pour que cesse l'inacceptable : avis sur la violence faite aux femmes*, rédaction M. Moisan, Québec, gouvernement du Québec, 1993, p. 27.

149 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, gouvernement du Québec, 1995, p. 22.

l'interrelation entre la santé et la violence chez les femmes. Ainsi les recherches démontrent que les personnes les plus isolées sont davantage exposées à des problèmes de santé, qu'elles sont plus souvent victimes de violence, et que les femmes victimisées ont tendance à s'isoler socialement[150]. Ce phénomène s'accentue davantage dans le cas des femmes handicapées compte tenu de leur état de dépendance à l'égard de la famille ou du conjoint, et dans le cas des femmes des communautés ethnoculturelles à cause de l'inexistence de réseau social, des obstacles linguistiques et du peu d'appui de leur entourage.

Les résultats cumulatifs de toute une gamme d'études sur les personnes ayant des incapacités et la violence montrent que pour celles-ci, le risque de subir un incident de violence est au moins une fois et demie plus grand que le risque qu'affrontent les autres personnes. En effet, selon Stimpson et Best (1991), 40 % des femmes ayant des incapacités ont été agressées, violées ou maltraitées, et 39 à 68 % des filles ayant une déficience intellectuelle subiront une agression avant l'âge de 18 ans[151].

Il est difficile d'obtenir des données fiables sur le nombre de femmes qui subissent de la violence chaque année au Québec car peu d'entre elles dévoilent les situations de violence et dénoncent leur agresseur. Néanmoins, certaines études démontrent qu'entre 25 et 35 % des adolescentes ont subi de la violence dans leur première relation amoureuse[152]. Au cours de l'année 2000, on a enregistré, dans la région de Québec, 885 signalements à la police pour des actes de violence conjugale dont les victimes étaient des femmes. Or selon le ministère de la Sécurité publique, « ces informations sous-estiment l'étendue du problème puisqu'elles ne retiennent que les infractions signalées aux policiers et qui peuvent donner lieu à des poursuites en vertu du Code criminel. La violence psychologique, verbale, sexuelle ou économique est ainsi pour une bonne part laissée dans l'ombre ». Il y a lieu de croire que cette sous-estimation est encore plus importante dans les territoires ruraux[153].

En ce qui a trait à la violence sexuelle, les études démontrent que les femmes les plus jeunes, et particulièrement celles âgées entre 15 et 24 ans, sont plus à risque. Environ une adolescente sur deux est victime de coercition sexuelle et une sur six est victime de viol[154]. Selon les différentes enquêtes, la majorité des agressions sexuelles ne sont pas dévoilées et, parmi celles qui le sont, peu sont dénoncées à la police. Au Québec, selon l'enquête de Statistique Canada (1993) et les statistiques de police, seulement 5 % des agressions sexuelles envers les personnes de 16 ans ou plus seraient déclarées à la police. « Compte tenu du contexte de proximité dans lequel surviennent souvent les agressions sexuelles et des risques de toute nature que la dénonciation entraîne pour la victime, puisque de 70 à 85 % des victimes connaissent leur agresseur, on comprendra que ce type de crime est particulièrement difficile à dénoncer[155]. »

Dans sa stratégie d'action en matière de condition de vie des femmes[156], le ministère de la Santé et des Services sociaux propose, entre autres, de soutenir la formation sur le dépistage de la

---

150 Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. *Femmes, violence et santé*, op. cit.

151 Institut Roeher Institute. *La violence et les personnes ayant des incapacités : une analyse de la littérature*. Santé Canada. Mars, 1995.

152 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin : à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 27.

153 Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 94.

154 Ibid. p. 95.

155 Ibid. p. 95.

156 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin : à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 28.

violence conjugale et de consolider la concertation au sein du réseau et des partenaires intersectoriels afin d'assurer la cohérence des actions.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012*, pour sa part, oriente ses actions vers l'organisation de campagnes de communication sociétales portant sur la prévention des problèmes psychosociaux qui affectent les jeunes et les adolescents, tels que la violence et les agressions sexuelles. Il propose aussi de soutenir les cliniciens pour qu'ils décèlent les signes d'agression sexuelle ou de violence conjugale[157].

Dans son *Plan de consolidation des services 1999-2002*, l'Agence avait reconnu l'importance d'adapter l'organisation des services aux réalités particulières, entre autres pour les femmes handicapées, les femmes des communautés ethnoculturelles et les femmes de milieu défavorisé, par des actions visant à améliorer l'accessibilité aux services et les pratiques professionnelles[158].

À la lumière de la littérature et des informations recueillies au cours de la consultation régionale, le comité consultatif oriente ses actions vers la formation, la consolidation de certains services et la concertation. En ce qui a trait à la violence conjugale, quatre tables locales assurent déjà la concertation des partenaires des différents secteurs d'intervention. Toutefois, le sous-financement des tables de concertation compromet leur survie et leur capacité de continuer à assumer leur mandat. Le comité consultatif reconnaît l'importance et l'expertise des tables de concertation et recommande d'augmenter leur financement afin qu'elles puissent poursuivre leurs travaux.

Dans la région, Francine Lavoie, professeure de psychologie à l'Université Laval, a élaboré un programme visant à prévenir la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes du secondaire et à faire la promotion d'habiletés sociales. Le programme VIRAJ (violence dans les relations amoureuses chez les jeunes) destiné aux 14-15 ans est offert dans certaines écoles secondaires depuis 1991. Dans la continuité du programme VIRAJ, le programme PASSAJ pour les 16-17 ans, est en cours d'évaluation et propose un contenu adapté à de jeunes adultes qui intégreront prochainement le marché du travail ou le milieu des études post-secondaires.

En ce qui a trait à la violence sexuelle, l'inexistence de comité intersectoriel régional fragilise certains liens et ralentit l'élaboration de protocoles, particulièrement en ce qui concerne les enfants et les adolescentes. Le comité consultatif recommande donc la création d'un comité intersectoriel afin de faciliter l'échange d'expertise et de favoriser le partenariat.

Une recherche provinciale sur la violence conjugale et les femmes ayant des limitations fonctionnelles est actuellement en cours à l'Université de Montréal. Les résultats de cette recherche serviront de point d'ancrage afin d'assurer un contenu de formation adapté à la réalité des femmes ayant un handicap. Enfin, des sessions de formation portant sur les agressions sexuelles et la violence conjugale seront offertes aux intervenantes du réseau de la santé et du milieu communautaire.

---

[157] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, op. cit.

[158] Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *Plan de consolidation des services 1999-2002*, op. cit., p. 103.

Objectif général

Contrer la violence faite aux femmes.

VOLET FORMATION/SENSIBILISATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Outiller les intervenantes des milieux concernés sur la recherche de cas et l'intervention en matière de violence conjugale.	A la suite des recommandations de l'étude de l'Université de Montréal actuellement en cours, faire les ajustements nécessaires au contenu de formation afin de l'adapter à la réalité des femmes ayant un handicap.	R : Agence. P : Université de Montréal.	Contenu de formation adapté.
	Intégrer un contenu de formation au plan triennal.	R : Agence.	Formation intégrée.
	Former les intervenantes sur la recherche de cas et l'intervention en prenant soin d'intégrer les particularités des femmes immigrantes et des femmes handicapées.	R : CLSC. P : Centres hospitaliers, policiers, organismes communautaires, Centre jeunesse, Agence.	Nombre d'intervenantes formées.
Outiller les intervenantes concernées à l'intervention psychosociale en matière d'agressions sexuelles.	Poursuivre la formation sur l'intervention psychosociale.	R : Viol Secours, Agence. P : Centres hospitaliers, policiers, organismes communautaires, Centre jeunesse, CLSC.	Nombre de formations offertes. Nombre d'intervenantes formées.

* *Le féminin inclut le masculin.*

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Favoriser la mise en place de mécanismes de concertation intersectorielle en matière d'agressions sexuelles et de violence conjugale.	Créer un comité régional sur les agressions sexuelles. Élaborer un plan d'action régional.	R : Agence. P : CALACS, CAVACS, CLSC, centres désignés, procureurs, policiers, organismes communautaires.	Comité intersectoriel formé. Plan d'action régional élaboré.
	Assurer une présence de façon régulière aux tables de concertation.	R : Agence.	Nombre de présence aux différentes tables de concertation.
Assurer un suivi des futures orientations en violence conjugale du nouveau plan d'action interministériel en violence conjugale.	Mener les travaux conduisant à la mise en œuvre du nouveau plan d'action interministériel.	R : Agence. P : Groupes de femmes, organismes communautaires, CLSC et autres partenaires concernés.	Orientations mises en œuvre.
Consolider le financement des différents organismes engagés en violence conjugale.	Recenser les organismes communautaires offrant des activités visant la réduction de la violence conjugale.	R : Agence. P : Tables de concertation, organismes communautaires.	Recensement fait.
	Consolider le financement des tables de concertation territoriales en violence conjugale selon les disponibilités financières.	R : Agence. P : Tables de concertation.	Augmentation du financement des tables de concertation.
	Revoir le financement des organismes communautaires et selon la disponibilité financière, proposer une augmentation du financement.	R : Agence. P : Groupes de femmes, organismes communautaires.	Nombre d'organismes communautaires ayant bénéficié d'une augmentation.
	Assurer la disponibilité d'activités préventives sur tous les territoires.	R : Organismes communautaires, groupes de femmes. P : Agence.	Nombre d'activités offertes.

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Consolider les actions visant à prévenir la violence dans les rapports amoureux des jeunes.	Recenser les écoles où le programme VIRAJ et PASSAJ est offert.	R : Laboratoire de psychologie communautaire (VIRAJ et PASSAJ).	Nombre d'écoles où le programme VIRAJ et PASSAJ est disponible.
	Cibler certaines écoles où le programme aurait intérêt à être implanté.	R : Laboratoire de psychologie communautaire (VIRAJ et PASSAJ). P : Agence.	
	Mettre en œuvre le programme.	R : Laboratoire de psychologie communautaire (VIRAJ et PASSAJ). P : Commissions scolaires, organismes communautaires, Agence.	Nombre d'écoles où le programme VIRAJ et PASSAJ sera implanté.
	Développer des stratégies afin d'augmenter la participation des adolescentes et des jeunes femmes aux activités en CLSC.	R : Agence, CLSC.	Stratégies développées.

VOLET RECHERCHE

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Documenter l'efficacité des interventions en violence conjugale.	Revue de littérature sur les diverses approches et interventions reconnues efficaces en violence conjugale. Diffuser les résultats auprès des instances concernées.	R : Agence. P : Organismes communautaires, CLSC.	Rapport produit.
Se donner des lignes directrices quant aux aspects éthiques et légaux de l'intervention en violence conjugale.	Analyser les différents avis éthiques. Dégager des lignes directrices. Élaborer un rapport.	R : Agence. P : Organismes communautaires, CLSC.	Rapport produit.

* *Le féminin inclut le masculin.*

La transformation du réseau et ses répercussions

La transformation du réseau et ses répercussions

Les aidantes

Les transformations du système de santé ont non seulement modifié, mais également réduit de façon importante l'offre de service publique aux personnes qui souffrent d'une perte d'autonomie provisoire ou permanente. Le déplacement des services des établissements de santé vers le milieu de vie n'a pas été précédé, ni suivi de transferts suffisants de ressources, de sorte que l'offre de service publique se situe généralement en complémentarité de l'aide apportée par les proches[159].

De manière générale, les questions relatives au soutien à domicile touchent davantage les femmes, à la fois comme utilisatrices et prestatrices des soins, dans la mesure où la majorité des personnes qui consultent le système de santé sont des femmes, et où les trois quarts du personnel du réseau de la santé et des services sociaux sont également des femmes. Environ 10 % de Québécoises et Québécois aident une personne qui a une incapacité de longue durée ; plus de 18 % des proches-aidants consacrent à cette fonction au moins dix heures par semaine, et 10 % de cinq à neuf heures[160]. Une enquête de Santé Québec montre aussi que, parmi les aidants qui cohabitent avec la personne aidée, 80 % des femmes aidantes sont des aidantes principales contre 46 % des hommes[161].

Compte tenu de leur engagement dans l'aide et les soins aux personnes dans un cadre informel, les femmes sont particulièrement affectées par les transformations dans les services de santé et les services sociaux[162]. En plus d'avoir à assumer un lourd fardeau en raison du transfert du public vers le privé, plusieurs femmes auront la responsabilité d'administrer des traitements qui relèvent habituellement d'un personnel spécialisé, et ce, sans formation et sans avoir le choix, faute d'autres possibilités véritables que la prise en charge familiale. Le domicile est devenu un milieu de soins reconnu et l'aidante devient de plus en plus une soignante. Ces changements accroissent la pression et, souvent, le cumul des obligations familiales, sociales et professionnelles occasionne aux femmes un stress qui nuit à leur propre santé physique et mentale[163]. Selon les données d'une recherche récente, les principales difficultés éprouvées par les femmes sont « l'absence de choix possible quant à leur situation de prendre soin ; l'état de santé précaire lié au fardeau que représente le rôle de soignante ; la complexité des soins exigés qui fait naître un sentiment d'insécurité ; l'absence de planification du congé lorsque l'aidante occupe un emploi rémunéré[164] ».

---

159 Centre d'excellence pour la santé des femmes. *Recommandations concernant l'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes*, Consortium Université de Montréal, Québec, 1999.

160 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, gouvernement du Québec, 2003.

161 Centre d'excellence pour la santé des femmes. *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes : La situation au Québec*, Consortium Université de Montréal, Québec, 2000, p. 36.

162 Centre d'excellence pour la santé des femmes. *Recommandations concernant l'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes*, op. cit.

163 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La femme... à l'écoute de nos besoins*, op. cit.

164 Centre d'excellence pour la santé des femmes. *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes : La situation au Québec*, op. cit., p. 35.

Un rapport synthèse sur la situation du soutien aux familles et aux proches, publié par le gouvernement du Québec en 2001, fait état de différents problèmes d'accès, d'organisation et de qualité des services, d'insatisfaction des familles, de coûts et de financement[165]. Ce même rapport souligne que les services en CLSC sont peu publicisés du fait que les ressources sont limitées, que les familles sont peu consultées au moment de l'organisation des services, que des services comme le répit en établissement, la surveillance à la maison ou encore l'accompagnement en cas de situations imprévues ne sont pas suffisamment disponibles.

Dans sa dernière stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît cette réalité et vise à améliorer le soutien aux personnes ayant des incapacités et à leurs proches en poursuivant le développement des services à domicile, en soutenant la mise en place d'une gamme de services harmonisée sur tous les territoires de CLSC, en implantant un outil d'évaluation des besoins des proches aidantes et aidants commun à tous les CLSC et enfin, en augmentant graduellement l'offre de service aux proches aidantes et aidants[166].

Dans la région, différents services de répit sont offerts aux aidantes. Cependant ces dernier sont insuffisants pour prévenir l'épuisement et l'appauvrissement des familles. En fait pour répondre aux besoins, plusieurs des services existants devraient être accrus, dont :

- *hébergement temporaire pour les aînées pour l'ensemble de la région ;*
- *groupes d'entraide pour les aidantes (Société Alzheimer) ;*
- *projet de répit-accompagnement hors du domicile ;*
- *programme de soutien à la famille (déficience intellectuelle, déficience physique) ;*
- *mesures de répit en santé mentale par l'entremise de certains organismes communautaires de la région ;*
- *centres de jour (12).*

Par ailleurs, selon la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, le trop grand roulement du personnel et les horaires rigides des services du réseau public nuisent à l'intimité, à l'humanisation et à la continuité des soins et services que les aidantes souhaitent pour leurs proches ou elles-mêmes. Dès lors les aidantes sont placées devant une alternative : s'adapter aux problèmes du réseau ou s'en détourner en refusant les services[167].

Selon une étude menée en 1998 auprès de femmes aidantes âgées, la moitié d'entre elles donnaient des soins très complexes, la plupart étant destinés à leur conjoint. « Or, 67 % des soignantes, qui avaient à s'occuper d'un grand malade, avaient elles-mêmes des problèmes de santé[168]. »

---

165 Conseil de la santé et du bien-être. *Vieillir dans la dignité*. Québec, gouvernement du Québec, 2001, p. 86.

166 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au témoin… à l'écoute de nos besoins*, op. cit., p. 38.

167 Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux. *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes : cahier de revendications*, op. cit.

168 Conseil du statut de la femme. *Des nouvelles d'elles : les femmes âgées du Québec*, op. cit., p. 37.

La consultation régionale effectuée en 2001 auprès des partenaires confirme les différents constats relevés dans la littérature. À cet égard, le comité consultatif reconnaît l'importance d'éviter l'épuisement de l'aidante principale. Les instances engagées dans la prestation de services devraient donc obtenir son consentement et s'assurer de ses capacités à prendre soin tout en tenant compte, également, de son contexte de vie et de la dynamique familiale.

En somme, l'aidante principale ne doit pas être considérée comme une soignante obligée, mais bien comme une utilisatrice de services méritant un soutien préventif qui corresponde à ses besoins et comme une partenaire indispensable appelée à participer aux décisions en matière de planification et d'organisation des services.

Objectif général

Atténuer les effets du virage ambulatoire et autres transformations du réseau sur la vie des femmes.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Adapter l'offre de service en fonction des besoins des aidantes et consolider graduellement l'offre de service qui leur est destinée.	Produire un état de situation sur les besoins des aidantes dans la région.	R : Agence, CLSC. P : Organismes communautaires.	État de situation produit.
	Recenser les différents services offerts aux aidantes.	R : Organismes communautaires, CLSC.	Recensement fait.
	Connaître l'offre de service actuelle versus les besoins réels.	R : Organismes communautaires, CLSC.	Données de production de service des différents programmes par clientèle.
	Informer adéquatement les aidantes de l'ensemble des services biopsycho-sociaux disponibles dans le réseau public.	R : CLSC. P : Centres hospitaliers.	Information transmise.
	Ajuster l'offre de service selon les disponibilités financières.	R : CLSC. P : Agence.	Offre de service ajusté.
	Favoriser la participation des aidantes à l'élaboration des plans d'intervention et du plan de services individualisé.	R : CLSC.	Participation des aidantes.

* *Le féminin inclut le masculin.*

Les travailleuses du milieu communautaire

La région compte environ 350 organismes communautaires, dont un peu plus de 80 groupes de femmes[169]. Les femmes représentent 80 % des employés de tous ces organismes. « Grâce à leur autonomie, les organismes ont pu ajuster leurs interventions aux besoins de la population en tenant compte des enjeux sociaux et politiques auxquels sont confrontées les communautés[170]. » Cependant, avec l'appauvrissement des populations lié au rétrécissement du filet social et à un certain désengagement de l'État à l'égard des services publics, « les organismes doivent au fur et à mesure composer avec un sous-financement chronique et une demande de plus en plus grande de soutien aux personnes[171] ».

Au cours de la consultation régionale, la totalité des organismes communautaires ont souligné l'important bond quantitatif des demandes ou l'alourdissement des problèmes de leur clientèle, ce qui entraîne une importante détérioration des conditions de travail pour les travailleuses rémunérées et les bénévoles[172]. Selon une recherche effectuée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes, certains organismes communautaires « ont ainsi l'impression d'être un déversoir du trop-plein que le réseau public ne peut plus absorber[173] ». En d'autres termes, les établissements du réseau public orientent davantage les personnes qui ont besoin de soutien ou de services vers le réseau des groupes communautaires. Par conséquent, ces derniers ont dû augmenter leurs services sans pouvoir pour autant ouvrir de postes supplémentaires, ce qui a eu forcément pour effet une augmentation des tâches des équipes de travail, pour ne pas dire une surcharge de travail.

Plusieurs regroupements régionaux d'organismes communautaires ont en outre dénoncé des conséquences négatives de la transformation du réseau sur la santé de leurs travailleuses et bénévoles. Dans le contexte actuel, l'amélioration des conditions de travail dans les groupes de femmes et les groupes communautaires constitue un enjeu majeur. À cet égard, l'étude réalisée par le Regroupement des groupes de femmes de la région 03[174] insiste sur la nécessité d'améliorer les conditions de travail, par un financement adéquat, afin d'offrir aux travailleuses une qualité de vie plus décente et plus respectueuse.

L'information recueillie au cours de la consultation régionale nous a révélé que peu importe leur domaine d'intervention, les travailleuses des organismes communautaires doivent sans cesse faire face à un alourdissement de leur clientèle qui entraîne forcément un surcroît de travail. Le comité consultatif reconnaît l'importance de se pencher sur cette réalité afin de proposer des solutions réalistes qui auront un effet positif sur la qualité de vie des travailleuses communautaires et, par conséquent, sur la qualité des services qu'elles offrent.

---

169 Regroupement des groupes de femmes de la région 03. *« Santé »-vous notre présence ? Les groupes de femmes en santé et services sociaux, une contribution à reconnaître*, op. cit.

170 Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires (TROC's). *Rapport d'enquête sur les impacts du sous-financement auprès des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux du Québec : Un mouvement en péril !*, Québec, 2003, p. 7.

171 Ibid. p. 7.

172 Regroupement des organismes communautaires de la région 03. *Les organismes communautaires autonomes utilisent leur dernier souffle pour dénoncer*, ROC 03, Québec, 2000, p. 13.

173 Centre d'excellence pour la santé des femmes. *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes*, op. cit., p. 13.

174 Regroupement des groupes de femmes de la région 03. *« Santé »-vous notre présence ? Les groupes de femmes en santé et services sociaux, une contribution à reconnaître*, op. cit.

Objectif général

Atténuer les effets du virage ambulatoire et autres transformations du réseau sur la vie des femmes.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Mettre en place des moyens pour contrer et prévenir l'épuisement des travailleuses du milieu communautaire.	Mise sur pied d'un comité de travail afin d'élaborer des solutions à mettre en place. Élaboration d'un plan d'action avec échéancier sur la mise en œuvre des recommandations.	R : ROC 03 et autres regroupements sectoriels. P : Agence.	Comité intersectoriel créé. Plan d'action réalisé.
Assurer un financement de base suffisant pour la mission des organismes communautaires.	Consolidation du financement de base pour les organismes communautaires selon les budgets disponibles.	R : Agence. P : Organismes communautaires.	Augmentation du financement.

* *Le féminin inclut le masculin.*

Les travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux

La réforme du système de santé, amorcée au début des années 90, a bouleversé les traditions en introduisant de nouvelles pratiques et d'importants progrès technologiques. Les travailleuses qui représentent environ 75 % du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, ont été les premières affectées par cette réforme[175]. Les nombreux transferts et déplacements de personnel ont exigé de leur part une flexibilité et une faculté d'adaptation considérables.

Qu'il s'agisse de contribuer à diminuer la durée de séjour à l'hôpital de façon sécuritaire, d'augmenter le nombre de chirurgies d'un jour, de développer des services avant et après l'hospitalisation ou encore d'améliorer la continuité des soins pour l'usagère et sa famille, l'infirmière demeure l'élément central de cette transformation. Toutefois, en contexte de récupération budgétaire et de mise à la retraite massive, ces transformations ont eu des effets négatifs sur la santé des travailleuses du réseau.

Une étude réalisée auprès des infirmiers et infirmières de la région de Québec révèle que la charge de travail se serait accrue pour 85 % d'entre eux, tandis que 74 % affirment ne pas avoir assez de temps pour faire leur travail[176]. Sans pouvoir établir avec certitude un lien de cause à effet, entre la transformation du réseau et la détérioration de la santé physique et mentale des infirmières, des chercheurs n'en constatent pas moins chez elles un taux de détresse psychologique et de consultation d'un professionnel de la santé plus élevé que pour la population générale[177]. Une autre étude effectuée au Québec auprès des infirmières en précarité d'emploi, démontre un taux de détresse psychologique très élevé (56 %) en plus de souligner les difficultés de la conciliation travail-famille dans un contexte de travail sur appel[178].

Le rapport Clair souligne également que le personnel du réseau a été éprouvé au cours des dernières années. Les taux élevés d'absentéisme au travail et de détresse psychologique qui y sont révélés convainquent que des mesures doivent être prises afin de pallier cette situation[179].

De la consultation régionale de 2001, il ressort que l'organisation du travail était une source d'épuisement pour les travailleuses du réseau de la santé. À cet égard, le présent plan d'action envisage la création d'un comité qui se penchera sur l'organisation du travail et la conciliation travail-famille pour les travailleuses de notre région afin de proposer au réseau de la santé des pistes de solution.

---

175 Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux. *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes : cahier de revendications*, op. cit.

176 Renée BOURDONNAIS et al. *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Québec, Direction de santé publique de Québec, 1998.

177 Conseil du statut de la femme. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, op. cit.

178 Guilhème PERODEAU, Lise CARON, Chantal ST-PIERRE, Lorainne BRISETTE, Andre DUQUETTE et Diane BERNIER. *Équilibre famille travail santé*, Hull, Université du Québec à Hull, 1999, cité dans : Conseil du statut de la femme. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, op. cit.

179 Michel CLAIR. *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux de Québec, Québec, 2000, p. 112.

Objectif général

Atténuer les effets du virage ambulatoire et autres transformations du réseau sur la vie des femmes.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Amorcer une réflexion régionale en matière d'organisation du travail et de conciliation travail-famille pour les travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux.	Mettre en place une table régionale de concertation intersectorielle sur l'organisation du travail.	R : Comité de suivi en santé des femmes, travailleuses du réseau.	Comité créé.
	Faire connaître les préoccupations de l'Agence au regard des travailleuses du réseau.	P : Université Laval, CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières.	
	Collecter des données sur la situation.		Information recueillie.
	Déterminer les recommandations qui pourront être mises en œuvre.		Recommandation proposée.

* *Le féminin inclut le masculin.*

Les utilisatrices de services

À bien des égards, les effets du virage ambulatoire sur les usagères sont similaires à ceux éprouvés par les hommes. Toutefois, les conséquences du virage ambulatoire sur les bénéficiaires risquent d'affecter encore plus les femmes que les hommes puisque celles-ci vivent plus longtemps et en moins bonne santé, qu'elles sont plus souvent seules ou pauvres, qu'elles consomment davantage de soins de santé[180].

Selon une recherche effectuée par le Conseil du statut de la femme, les usagères ont fréquemment l'impression d'être renvoyées trop rapidement à leur domicile, avec par surcroît le sentiment de ne pas avoir reçu la préparation et l'enseignement nécessaires quant aux soins que requiert leur état et aux complications possibles[181]. Ce sentiment d'insécurité peut être vaincu par l'information, la formation et un soutien donné par des services concrets à domicile. Cependant, en raison de la durée réduite des séjours en centre hospitalier, la quantité et la qualité de l'information transmise durant ce séjour peuvent accuser des lacunes, d'où l'importance de répondre à cette augmentation de clientèle ambulatoire par un personnel suffisant. Les CLSC sont les établissements désignés pour donner les soins à domicile et s'assurer que les patientes sont bien informées sur les soins requis et les complications possibles. Toutefois, dans un contexte où les ressources sont nettement insuffisantes pour satisfaire à la demande, il est normal que la convalescence et la perspective de complications éventuelles engendrent de l'insécurité chez des utilisatrices de services.

Il convient par ailleurs de souligner que toutes les malades ne vivent pas dans des conditions qui se prêtent à un retour précoce au domicile. Un retour trop rapide peut créer une désorganisation dans la vie quotidienne, notamment pour les cheffes de famille monoparentale.

La consultation régionale de 2001 a mis en évidence certaines lacunes pour les femmes utilisatrices des services de santé, notamment en ce qui a trait à l'information transmise durant le séjour à l'hôpital. À cet égard, le comité consultatif recommande qu'une attention particulière soit apportée durant le séjour à l'hôpital de même qu'au cours de la visite de l'infirmière à domicile.

---

[180] Conseil du statut de la femme, *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, op. cit.
[181] Ibid.

Objectif général

Atténuer les effets du virage ambulatoire et autres transformations du réseau sur la vie des femmes.

VOLET PRÉVENTION/INTERVENTION/CONCERTATION

Objectifs particuliers	Étapes de réalisation	Responsables (R) Partenaires (P)	Indicateurs
Assurer aux femmes hospitalisées un enseignement suffisant afin de diminuer l'anxiété.	Transmission d'une information et d'un enseignement suffisants auprès des utilisatrices de services à l'hôpital et au cours de la visite de l'infirmière du CLSC.	R : CLSC, infirmières de liaison dans les hôpitaux.	Enseignement donné.
Assurer aux femmes un soutien adéquat au moment du retour à la maison.	Évaluation de l'ensemble des besoins (biopsychosociaux) par l'infirmière de liaison à l'hôpital.	R : CLSC, infirmières de liaison dans les hôpitaux.	Évaluation faite.

* *Le féminin inclut le masculin.*

Conclusion

Conclusion

Au cours des années 80, les revendications féministes ont commencé à transparaître dans les politiques et les programmes gouvernementaux qui ont reconnu la réalité des femmes, les problèmes qu'elles éprouvent et l'importance de développer des services adaptés à leurs besoins particuliers.

Tout au long de ce parcours, « les interventions du gouvernement du Québec ont été, à bien des égards, fondamentales, qu'elles se soient traduites par l'adoption de lois et de règlements ou par la détermination d'objectifs ou de stratégies au sein de politiques sectorielles[182] ». Il n'est que de penser, par exemple, à l'engagement ministériel et gouvernemental qu'a pris le Québec, au milieu des années 80 et 90, relativement à la violence faite aux femmes ainsi qu'à la périnatalité et à la planification des naissances.

Pour la région de la Capitale-Nationale, le présent *Plan d'action en santé des femmes* s'inscrit dans l'actualisation du Plan de consolidation des services 1999-2002 de l'Agence. Ce faisant, l'Agence réitère sa volonté d'agir pour accroître les connaissances en santé des femmes et adapter les interventions qui leur sont destinées.

Ce *Plan d'action en santé des femmes* n'a pas la prétention de répondre à l'ensemble des besoins des femmes de la région ni d'avoir fait état de l'ensemble des services ou programmes existants. Il prétend cependant être le fruit d'une démarche concertée et orientée vers une organisation de services qui considère le genre, masculin ou féminin, comme un élément important à prendre en compte dans la coordination et la planification des services de santé et des services sociaux.

Au regard de certaines problématiques, ce *Plan d'action en santé des femmes* permet d'amorcer une réflexion, notamment sur la consommation des psychotropes et les moyens susceptibles de la réduire, ou encore sur la réalité des femmes immigrantes ou handicapées. Pour d'autres problématiques, il propose notamment la consolidation des actions ou des services existants, tels que le programme Bien dans sa tête, Bien dans sa peau, le programme Harmonie et le programme VIRAJ. Au-delà des actions proposées, la mobilisation et la collaboration de tous les partenaires concernés constituent, selon le comité consultatif, une condition essentielle à la mise en œuvre du Plan d'action et à l'atteinte de ses objectifs.

Des efforts importants devraient être consentis pour assurer un suivi à l'implantation *du Plan d'action en santé des femmes*. Ce suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Plan d'action seront sous la responsabilité de l'Agence. Nous recommandons à l'Agence de se doter d'un comité regroupant des représentantes de CLSC, du milieu communautaire et de la recherche ; ce comité la soutiendra dans l'implantation du Plan d'action et lui permettra d'en assurer le suivi.

En conséquence, nous espérons que ce *Plan d'action en santé des femmes* permette de faire un pas significatif vers la mise en place de services qui répondront davantage aux besoins particuliers des femmes, parce qu'ils tiendront mieux compte de leurs réalités et de leurs

---

[182] Conseil du Statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, op. cit., p. 137

caractéristiques culturelles, de leurs limitations fonctionnelles, de leur âge, de leur orientation sexuelle et de leurs milieux de vie.

Remerciements aux partenaires

Ce *Plan d'action en santé des femmes* n'aurait pu être réalisé sans la précieuse collaboration de plusieurs partenaires.

Conseil du statut de la femme ;

Centre international des femmes, Québec ;

Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Portneuf-Québec-Charlevoix) ;

Centre femmes d'aujourd'hui ;

Centre de santé Orléans ;

Maison de transition l'Éclaircie ;

Université Laval ;

Lynda Bolduc, Hôpital Laval ;

Nos plus vifs remerciements vont aussi à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce *Plan d'action en santé des femmes*.

Commentaires selon expertise :

Benhadj Lynda
Bernier Denys
Caron Christine
Deschênes Bernard
Goyette Christiane
Jacques Isabelle
Lacroix Francine
La Roche Daniel
Legault Brigitte
Ouellet Huguette
Tremblay Margot
professionnels de la direction régionale
de santé publique

Bibliographie

Bibliographie

ALLIANCE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES POUR L'ÉGALITÉ DANS LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Violence conjugale en milieu ethnoculturel : Tour d'horizon de la littérature existante*, Québec, 2001.

ALLARD, Francine et Danielle BOULARD. *Encourager l'engagement du père dans le programme des rencontres prénatales de la région de Québec*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, Québec, 2000.

BOUCHARD, Pierrette et Natasha BOUCHARD. *« Miroir, miroir... » La précocité provoquée de l'adolescence et ses effets sur la vulnérabilité des filles*, Les cahiers de recherche du GREMF, cahier 87, 3e trimestre 2003.

BOURDONNAIS, Renée et al. *La transformation du réseau de la santé : Mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Direction de santé publique, Québec, 1998.

BOYER, G. et al. *Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux-Grandir en santé*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, Québec, 2001.

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Améliorer les pratiques et la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées au Canada*, consulté sur le site : www.cewh-chesf.ca/fr/ressources/sante_inuref/immigration-fr.html

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes : La situation au Québec*, Consortium Université de Montréal, Québec, 2000.

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Recommandations concernant l'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes*, Consortium Université de Montréal, Québec, 1999.

CLAIR, Michel. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux de Québec, Québec, 2000.

CLERMONT, M. *Santé, bien-être et homosexualité : Éléments de problématique et pistes d'intervention*, collection «Études et analyses», n° 26, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.

COALITION DES TABLES RÉGIONALES D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (TROCs). *Rapport d'enquête sur les impacts du sous-financement auprès des* organismes *communautaires autonomes en santé et services sociaux du Québec : Un mouvement en péril !*, Québec, 2003.

COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes : cahier de revendications*, Québec, 1998.

COLLECTIF ACTION ALTERNATIVE EN OBÉSITÉ. *Bien dans sa tête, Bien dans sa peau : Guide d'intervention, l'essentiel pour implanter un programme*, tome I, Québec, 2002.

COLLEN, Reid. *Une mesure complète : Situation professionnelle et santé des femmes*, Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique, vol. 2, n° 3, hiver 2002.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Les mères toxicomanes*, Québec, 1999.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Décider et agir : Avis pour une stratégie du Québec en santé*, Québec, gouvernement du Québec, 2002.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Vieillir dans la dignité*, Québec, gouvernement du Québec, 2001.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Des nouvelles d'elles : Les femmes âgées du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 1999.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Des nouvelles d'elles : Les jeunes femmes au Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 2002.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, recherche et rédaction : Claire Mainguy, collection : « Femmes et développement des régions », Québec, gouvernement du Québec, 2003.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Pour que cesse l'inacceptable : Avis sur la violence faite aux femmes*, recherche et rédaction : M. Moisan, Québec, gouvernement du Québec, 1993.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Pour que le développement du Québec soit inclusif : Commentaires sur les orientations gouvernementales en matière de lutte contre la pauvreté*, Québec, gouvernement du Québec, 2001.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Virage ambulatoire : Le prix caché pour les femmes*, recherche et rédaction : Marie Moisan, Québec, gouvernement du Québec, 1999.

DICAIRE, Danielle et ÉMOND, Christine. *Programme d'enseignement réservé exclusivement aux femmes cardiaques ou à risque de l'être*, présenté dans le cadre du Concours Innovation Clinique, région Centre du Québec, avril 2001.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, collection : « La santé et le bien-être », Québec, 2000.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 - Faits saillants, Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ?*, collection : « La santé et le bien-être », Québec, 2002.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE. *Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec,* coll : « La santé et le bien-être », 2e édition, Québec, 2002, p. 181.

INSTITUT ROEHER. *La violence et les personnes ayant des incapacités : Une analyse de la littérature,* Ottawa, Santé Canada, mars, 1995

LAMY, O. « *Le bon service, au bon endroit…* », L'Infirmière du Québec, vol. 10, n° 5, mai-juin 2002.

LAZURE, Ginette. *Déterminants de la santé*, document de travail, Université Laval, Québec, 2003.

MAISON DE TRANSITION L'ÉCLAIRCIE. *Formation sur les troubles de conduite alimentaire*, Québec, novembre 2000.

MARCHE MONDIALE DES FEMMES. *Éliminer la pauvreté*, consulté sur le site : http : www.ffq.qc.ca/marche2000/fr/cahier/c_03.html.

MICHAUD, Cécile. *Être une femme ménopausée*, Une véritable amie : santé globale et ménopause, Vol. XX, n° 1, mars-avril 2003.

MIMEAULT, Isabelle. *Adaptation des services sociaux et des services de santé au besoin des lesbiennes,* Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, Sans préjudice… pour la santé des femmes, n° 29, hiver 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Au féminin… à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes,* recherche et rédaction : Nicole Gravel, Annie Labranche et Nathalie Lévesque, Québec, gouvernement du Québec, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, gouvernement du Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Écoute-moi quand je parle !*, rapport du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, Québec, gouvernement du Québec, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, gouvernement du Québec, 1992.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action!* Comité ministériel sur la réduction des inégalités, Québec, gouvernement du Québec, décembre 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 2e bilan*, Québec, gouvernement du Québec, 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles : L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*, Québec, gouvernement du Québec, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Québec, gouvernement du Québec, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes*, Québec, gouvernement du Québec, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan de la santé et des services sociaux : Pour faire les bons choix*, Québec, gouvernement du Québec, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, Québec, gouvernement du Québec, 1993.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, gouvernement du Québec, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, gouvernement du Québec, 1998.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES. *Politique de planification des naissances*, Québec, gouvernement du Québec, 1972.

MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION. *Notes d'allocution pour M. Jean-Claude Delorme*, Québec, ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration, Direction des relations civiques et interculturelles, 19 mars 2003.

MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION. *Portrait statistique de la population immigrée, 1996 : Québec, région de la Capitale Nationale et région métropolitaine recensement de Québec, Recensement de 1996 : données ethnoculturelles*, collection «Études, recherches et statistiques,» n° 5, p. 17 et 84, consulté sur le site : http : www.mrci.gouv.qc.ca.

NEERGAARD, Lauran. *Les femmes cardiaques ne sont pas traitées adéquatement*, consulté sur le site www.cyberpresse.ca/outil/imprimer.php.

O'GRADY, Kathleen, et Barbara BOURRIER-LACROIX. *À qui la faute ?*, La Presse, Montréal, 3 août 2002.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.

OUELLET, Diane. *La santé du cœur : une affaire de femmes ?*, comité Femmes et santé du cœur, Fondation des maladies du cœur du Québec, consulté sur le site : www.rqasf.qc.ca/sp24/sp24_04.htm..

PAQUET, Ginette. *Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1989.

PÉRODEAU, Guilhème, Lise CARON, Chantal ST-PIERRE, Lorainne BRISETTE, André DUQUETTE et Diane BERNIER. *Équilibre famille travail santé*, Hull, Université du Québec à Hull, 1999.

POMERLEAU, Guy, et al. *Programme d'intervention et de traitement des troubles de conduite alimentaire : un programme surspécialisé universitaire en santé mentale pour la région de Québec et l'Est du Québec*, Québec, juin 2000.

PONGIS-KANDJIAN, Marie-Ange. *Les femmes côté cœur*, Une véritable amie : santé globale et ménopause, vol. XVIII, n° 5, octobre 2001.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie*, rapport du Comité d'experts, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Cibles d'action en promotion de la santé et en prévention pour la période 2000-2003*, Québec, 2000.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Évaluation de l'implantation du programme « Bien dans sa tête, Bien dans sa peau » dans la région de Québec*, rédaction : Geneviève Doray et Pascale Chaumette, Québec, Direction de santé publique, 2002.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *La consolidation et la transformation des services de santé mentale dans la région de Québec : Plan d'action 2001-2002*, Québec, Direction de l'organisation des services, 2001.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Le portrait de santé : La région de Québec et ses territoires de CLSC*, rédaction : Michel Pageau et Marc Ferland, Québec, Direction de santé publique, 2002.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Plan d'action communautaire sur l'itinérance, Région de Québec*, adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de santé et des services sociaux de Québec le 15 mars 2001, version corrigée, Québec, Direction de l'organisation des services, 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Plan de consolidation des services 1999-2002*, Québec, 1999.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Plan de mise en œuvre et de suivi du rapport sur la consolidation et la transformation des services de santé mentale (adultes)*, Québec, Direction de l'organisation des services, 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Plan régional d'organisation de services en toxicomanie 1996-2002*, Québec, Direction de l'organisation des services, 1996.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Prise en considération du rapport de consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes de la Commission des droits de la personne du Québec « De l'illégalité à l'égalité »*, adopté par le Conseil d'administration du 14 mars 1996, Québec, 1996.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Profil des hospitalisations en soins de courte durée psychiatriques pour les résidants de la région 03 - 1998-1999*, Québec, Direction de santé publique, septembre 2001.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Rapport annuel 2002-2003*, Québec, 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Rapport sur les services le santé mentale (adultes)*, recherche et rédaction : Daniel La Roche et al., Québec, Direction de l'organisation des services, 2002.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Rapport sur l'organisation des services de santé mentale et de toxicomanie pour la clientèle présentant des problèmes de santé mentale associés à des problèmes de toxicomanie*, document de travail, Direction de l'organisation des services, novembre 2002.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Une réalité à découvrir – État de situation sur la situation des femmes de la région de Québec,* recherche et rédaction : Josette Tardif, document déposé au conseil d'administration le 2 novembre 2000, Direction de l'organisation des services, Québec, 2000.

REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION 03. *« Santé »-vous notre présence ?, Les groupes de femmes en santé et services sociaux : une contribution à reconnaître*, rédaction : Mélanie Guimont et Lucie Gagnon, Québec, 2001.

REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03. *Les organismes communautaires autonomes utilisent leur dernier souffle pour dénoncer,* Québec, ROC 03, 2000.

RÉSEAU CANADIEN DE LA SANTÉ. *En tant que femme, en quoi les crises cardiaques me concernent-elles ?*, consulté sur le site : www.canadian-health.network.ca/faq/women-femmes/6f.html.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Cadre de référence : La santé des femmes*, Québec, 1999.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Changements sociaux en faveur de la diversité des images corporelles,* Québec, 2001.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Femmes, violence et santé : une interrelation à comprendre,* Sans préjudice… pour la santé des femmes, n° 21, Québec, 2000.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *La ménopause*, grille thématique, Québec, juillet 2001.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *La santé des lesbiennes, la santé de l'invisible*, Sans préjudice… pour la santé de femmes, n° 16, Québec, automne 1998.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Obsession de la minceur et oppression de la grosseur,* grille thématique, Québec, 1997.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Pour le dire… rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, recherche et rédaction : Isabelle MIMEAULT, Québec, mai 2003.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Si on parlait de ménopause autrement…,* Sans préjudice… pour la santé des femmes, n° 11, Québec, automne 1996.

SANTÉ CANADA. *Exploration des concepts liés à la santé et sexe social*, Ottawa, Bureau pour la santé des femmes, 2003.

SANTÉ CANADA. *Programme d'action communautaire pour les enfants : volet nutrition prénatale. Concepts du programme*, Ottawa, Santé Canada, 1995.

SANTÉ CANADA. *La promotion de la santé des femmes : Une perspective canadienne*, consulté sur le site : www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/Canada/french/promotab.htm.

SANTÉ CANADA. *La violence familiale à l'égard des femmes handicapées*, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Ottawa, Santé Canada, 1993.

SANTÉ CANADA. *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Stratégie canadienne antidrogue, Ottawa, Santé Canada, 2002.

SANTÉ CANADA. *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Programme d'action 2000-2003 : L'égalité pour toutes les Québécoises*, Québec, gouvernement du Québec, 2000.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Un avenir à partager...La politique en matière de condition féminine*, Québec, gouvernement du Québec, 1993.

SÉGUIN, Nathalie. *Recension des besoins et obstacles reliés à la réinsertion socioprofessionnelle de la clientèle femmes monoparentales et prestataires d'assistance-emploi : projet femmes en mouvement*, Québec, 2002.

STANTON, Danielle. *Le cœur des femmes : Pourquoi fait-on l'autruche ?*, La Gazette des femmes, vol. 24, n° 2, Québec, juillet-août 2002.

SUNNYBROOK AND WOMEN'S COLLEGE HEALTH SCIENCES CENTER. *Recherche sur les maladies cardiovasculaires*, Centre de santé cardiovasculaire, consulté sur le site : www.femmesensante.ca/centres/cardio/research/index.html

TAKTAK, M. J., S. BENZINEB et S. DOUKI. *Les abus de psychotropes*, consulté sur le site : http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/revues/JTP/abuspsyc.htm.

TURCOTTE, Daniel, Geneviève LESSARD et André BEAUDOIN. *La participation au programme de nutrition prénatale : le point de vue de participantes et d'intervenantes sur ses enjeux*, Centre de recherche sur les services communautaires, Les rapports du CRSC, vol. 1, Université Laval, Association des centres jeunesse du Québec, Québec, 1997.

VISSANDJÉE, B., P. CARIGNAN, S. GRAVEL et N. LEDUC. *Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec*, Revue Épidémiologie et Santé publique, Vol. 46, no 2, Québec, 1998.

Lexique

Lexique

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
BRILC	Banque régionale des interprètes linguistiques et culturels
CALACS	Centre d'aide et de lutte pour les victimes d'agressions à caractère sexuel
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIFQ	Centre international des femmes de Québec
CLE	Centre local d'emploi de la région de la Capitale-Nationale
CLSC	Centre local de services communautaires
CRCDQ	Conseil régional de concertation et de développement de la région de Québec
CRI-VIFF	Centre de recherche sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
CRPMT	Conseil régional des partenaires du marché du travail de la région de la Capitale-Nationale
CRUV	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DRSMIAS	Direction régionale de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales
DRSPAMRI	Direction régionale de la santé physique, des affaires médicales et des ressources informationnelles
DRSP	Direction régionale de santé publique
ESPAR	Éducation sexuelle fondée sur le pouvoir d'agir et de réfléchir
GMF	Groupes de médecine familiale
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IVG	Interruption volontaire de grossesse
ITS	Infection transmise sexuellement

MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MESSF	Ministère de l'Emploi, de la Solidarité Sociale et de la Famille
MRCI	Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration
NEGS	Naître égaux-Grandir en santé
OLO	Œufs, lait, orange
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PROST	Plan régional d'organisation de services en toxicomanie
RGF-03	Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Portneuf-Québec-Charlevoix)
SAD	Soutien à domicile
THS	Traitement hormonal de substitution
VIRAJ	Violence dans les relations amoureuses des jeunes
YWCA	Young Women's Christian Association